



Separata ao Boletim do Exército

**MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
SECRETARIA-GERAL DO EXÉRCITO**

SEPARATA AO BE Nº 27/2017

DEPARTAMENTO-GERAL DO PESSOAL

PORTARIA Nº 146, DE 28 DE JUNHO DE 2017.

Aprova o Caderno de Instrução de Ortopedia (EB30-CI-20.001), 1ª Edição, 2017.

Brasília-DF, 7 de julho de 2017.



**MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
DEPARTAMENTO GERAL DO PESSOAL
(Diretoria Geral do Pessoal/1860)
DEPARTAMENTO BARÃO DE SURUHY**

PORTARIA Nº 146, DE 28 DE JUNHO DE 2017.

Aprova o Caderno de Instrução de Ortopedia (EB 30-CI-20.001), 1ª Edição, 2017, e dá outra providência.

O CHEFE DO DEPARTAMENTO-GERAL DO PESSOAL, no uso da delegação de competência conferida pelo art. 44 das Instruções Gerais para as Publicações Padronizadas do Exército (EB10-IG-01.002), aprovadas pela Portaria do Comandante do Exército nº 770, de 7 de dezembro de 2011, ouvida a Diretoria de Saúde, resolve:

Art. 1º Aprovar o Caderno de Instrução na Especialidade de Ortopedia (EB30-CI-20.001), 1ª Edição, 2017.

Art. 2º Estabelecer que esta Portaria entre em vigor na data de sua publicação.

ÍNDICE DE ASSUNTOS

Pag.

CAPÍTULO I - GENERALIDADES

1.1 Das considerações iniciais.....	6
1.2 Do objetivo do Caderno de Instrução.....	6
1.3 Da Revisão.....	6
1.4 Da Composição da Câmara Técnica.....	6

CAPÍTULO II - DIRETRIZES PARA O TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS DOENÇAS DO JOELHO

2.1 Da Autorização para Prótese Total de Joelho.....	7
2.2 Da Autorização para Revisão de Prótese Total de Joelho.....	9
2.3 Da Autorização para Osteotomia de Joelho.....	10
2.4 Da Autorização para Viscosuplementação (infiltração articular).....	11
2.5 Da Autorização para Lesões do Ligamento Cruzado Anterior (LCA).....	11
2.6 Da Autorização para Lesões do Ligamento Cruzado Posterior (LCP).....	13
2.7 Da Autorização para Artroscopia.....	14
2.8 Da Autorização para Sutura Meniscal.....	15
2.9 Da Autorização para Lesão Condral.....	16
2.10 Da Autorização para Prótese Unicompartimental De Joelho.....	16
2.11 Da Autorização para Luxação Patelar.....	17
2.12 Da Autorização para Luxação Patelar Recidivante.....	18
2.13 Da Autorização para Fratura Ósteo-Condral ou Condral.....	18
2.14 Da Autorização para Revisão de Artroplastia Infectada - Primeiro Tempo Cirúrgico.....	19

CAPÍTULO III - DIRETRIZES PARA O TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS DOENÇAS DO QUADRIL

3.1 Da Autorização para Artroplastia de Quadril.....	19
3.2 Da Autorização para Revisão de Próteses de Quadril.....	23
3.3 Da Autorização do Tratamento Cirúrgico da Osteonecrose de Quadril.....	24
3.4 Da Autorização para Revisão de Artroplastia Infectada.....	25
3.5 Da Autorização para Artroplastia de Quadril em Casos de Tumor de Fêmur Proximal.....	25
3.6 Da Autorização para Artroscopia de Quadril.....	26
3.7 Da Autorização para Viscosuplementação de Articulação de Quadril (Infiltração de Ácido Hialurônico Intrarticular).....	27
3.8 Da Autorização para Rizotomias para Dores Articulares de Quadril	27

CAPÍTULO IV - DIRETRIZES PARA O TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS DOENÇAS DO OMBRO

4.1 Da Autorização para Artroplastia de Ombro.....	27
4.2 Da Autorização para Revisão de Artroplastia de Ombro.....	30
4.3 Da Autorização para Revisão de Artroplastia de Ombro Infectada - Primeiro Tempo Cirúrgico...	30

ÍNDICE DE ASSUNTOS

Pag.

4.4 Da Autorização para Artroscopia de Ombro.....	31
4.5 Da Autorização para Luxação Acromioclavicular.....	32
4.6 Da Autorização para Viscosuplementação de Articulação de Ombro (Infiltração de Ácido Hialurônico Intrarticular).....	33
4.7 Da Autorização para Rizotomias para Dores Articulares de Ombro.....	33

CAPÍTULO V - DIRETRIZES PARA O TRATAMENTO CIRÚRGICO EM MEMBROS SUPERIORES (MMSS) E CINTURA PÉLVICA

5.1 Da Autorização para Fraturas de Clavícula.....	34
5.2 Da Autorização para Fraturas de Escápula.....	35
5.3 Da Autorização para Fraturas de Úmero Proximal.....	36
5.4 Da Autorização para Fraturas Diafisárias de Úmero (FDU).....	37
5.5 Da Autorização para Fraturas de Úmero Distal	38
5.6 Da Autorização para Fraturas Olecrano	38
5.7 Da Autorização para Fraturas da Cabeça do Rádio	39
5.8 Da Autorização para Fraturas Diafisárias do Antebraço.....	40
5.9 Da Autorização para Fraturas do Rádio Distal	41
5.10 Da Autorização para Fraturas do Escafóide	42
5.11 Da Autorização para Fraturas do Metacarpo	43
5.12 Da Autorização para Fraturas de Falanges	44
5.13 Fixadores Externos em Traumas de MMSS	45
5.14 Da Autorização para Tratamento de Infecções no Trauma Ortopédico.....	46
5.15 Da Autorização para Tratamento das Fraturas da Cintura Pélvica.....	46

CAPÍTULO VI - DIRETRIZES PARA O TRATAMENTO CIRÚRGICO DO TRAUMA EM MEMBROS INFERIORES (MMII)

6.1 Da Autorização para Fêmur Proximal.....	48
6.2 Da Autorização para Fraturas Transtrocanterianas.....	48
6.3 Da Autorização para Fraturas Subtrocanterianas.....	49
6.4 Da Autorização para Fraturas Diafisárias.....	50
6.5 Da Autorização para Fraturas Articulares de Fêmur Distal.....	52
6.6 Da Autorização para Fraturas Complexas de Fêmur - Fixadores Externos.....	52
6.7 Da Autorização para Fraturas de Tíbia Proximal (Platô Tibial).....	53
6.8 Da Autorização para Fraturas Diafisárias de Tíbia.....	54
6.9 Da Autorização para Fraturas do Pilão Tibial.....	55
6.10 Da Autorização para Fraturas do Tornozelo.....	56
6.11 Da Autorização para Fraturas do Tálus.....	57
6.12 Da Autorização para Fraturas do Calcâneo.....	58
6.13 Da Autorização para Fraturas do Metatarso.....	58

CAPÍTULO I

DAS GENERALIDADES

1.1 Das considerações iniciais

1.1.1 A Diretoria de Saúde instituiu o Grupo de Trabalho (GT) para a elaboração do Caderno de Instrução que servirá de base para as autorizações de procedimentos a serem executados em beneficiários do Sistema de Saúde do Exército Brasileiro, além de contribuir para o processo de racionalização e economicidade na aquisição dos Dispositivos Médicos Implantáveis (DMI).

1.1.2 As reuniões foram realizadas na Diretoria de Saúde (D Sau) para elaboração deste caderno com revisão de citações bibliográficas, artigos e periódicos científicos e experiências pessoais, por uma comissão de membros titulares subespecialistas designados pela Diretoria de Saúde, além dos representantes oficializados pela Associação Médica Brasileira (AMB), Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia (SBOT), Sociedade Brasileira de Cirurgia de Joelho (SBCJ), Sociedade Brasileira de Quadril (SBQ), Sociedade Brasileira de Cirurgia de Ombro e Cotovelo Joelho (SBCOC), Sociedade Brasileira de Trauma Ortopédico (SBTO) e Conselho Federal de Medicina (CFM). O GT contou com a mediação da empresa Brasilmed Auditoria Médica e Serviços Ltda, contratada através de processo licitatório, para organização e estruturação do projeto.

1.1.3 A partir de um texto básico referencial, os participantes, agregados em grupo de trabalho, somaram contribuições, correções e recomendações aprovadas em consenso, que permitiram a edição deste texto editorial. Em diferentes momentos, foram realizadas buscas a referências cruzadas e a artigos relacionados mais relevantes, como metanálises, revisões sistemáticas e estudos multicêntricos clássicos.

1.1.4 Procurou-se estudar trabalhos relevantes de autores brasileiros, particularmente os publicados pela Revista Brasileira de Ortopedia e dos autores multicêntricos através de revistas e periódicos de notoriedade internacional. Este caderno é a primeira versão original do referido consenso, revisada e adaptada para formatação recomendada pela Comissão Técnica do Projeto Diretrizes da Associação Médica Brasileira e do Conselho Federal de Medicina.

1.2 Dos Objetivos do Caderno de Instrução

- O presente Caderno de Instrução tem por objetivo apresentar os critérios de indicação dos procedimentos, a especificidade e quantidade dos DMI e os honorários médicos admissíveis para subsidiar o médico assistente e os membros da auditoria interna e externa nas autorizações dos procedimentos, contribuindo para a padronização dos procedimentos cirúrgicos nas Organizações Militares de Saúde.

1.3 Da Revisão

- A D Sau revisará a cada 02 (dois) anos, ouvindo a Câmara Técnica, as orientações descritas neste Caderno de Instrução.

1.4 Da Composição da Câmara Técnica (CT)

1.4.1 Subespecialistas em Joelho

- Cap Med Daniel Ribeiro Mesquita;
- Cap Med Delano Magela Bitencourt;
- Cap Med Alexandre Pimentel de Alencar;

- Cap Med Carlos Henrique Silva Cunha;
- 1º Ten Med Jorge Albino Ramos Filho.

1.4.2 Subespecialistas em Quadril

- Maj Med Cláudio Feitosa de Albuquerque Júnior;
- Maj Med Marcos Antônio Granja Lessa;
- 1º Ten Med Douglas Vinicius Boeing.

1.4.3 Subespecialistas em Ombro

- 2º Ten Rodrigo Santos Sampaio;
- Sc Ricardo Akerman Sheps.

1.4.4 Especialistas em Ortopedia-Trauma

- Maj Med Estevão Júnior Casara Soares;
- Maj Med Joel Paulo Akerman;
- Cap Med Aleno Fabiano Homobono de Pinho;
- 2º Ten Med Rômulo Correia Férrer Filho.

CAPÍTULO II

DIRETRIZES PARA O TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS DOENÇAS DO JOELHO

2.1 Da Autorização para Prótese Total de Joelho

2.1.1 Bases Técnicas

2.1.1.1 A tomada de decisão para o emprego de uma prótese total do joelho depende da presença de destruição da superfície articular do joelho, caracterizada pela degeneração da cartilagem articular, que pode ser decorrente da artrose primária, artrose pós-traumática, artrose decorrente de doenças reumáticas ou metabólicas, osteonecrose do joelho e desvios angulares dos membros inferiores.

2.1.1.2 O procedimento de artroplastia total do joelho é a melhor opção de tratamento para os casos de artrose avançada, pois propicia a melhora da função, diminuição da dor e consequente melhoria da qualidade de vida do paciente. Este procedimento está indicado em pacientes com faixa etária entre 60 e 85 anos de idade, com artrose avançada, que apresentem condições clínicas satisfatórias para suportar o procedimento cirúrgico.

2.1.1.3 A indicação de prótese total em idades fora do hiato estipulado no item 2.1.1.2, deverá obrigatoriamente passar por decisão da Câmara Técnica de Joelho da Diretoria de Saúde, antes da sua autorização de execução.

2.1.1.4 O tratamento da artrose do joelho primária ou secundária deverá ser inicialmente conservador com emprego de analgésicos e medidas fisioterápicas para reforço muscular e manutenção do arco do movimento articular. Quando sintomática, com dor e limitação funcional, associada a um quadro radiológico que evidencie diminuição do espaço articular, sugestivo da degeneração cartilaginosa,

devidamente documentado em prontuário, e o paciente consentir com a realização do procedimento após ter sido esclarecido dos riscos e benefícios, indica-se a artroplastia.

2.1.1.5 A indicação da cirurgia de artroplastia de joelho com colocação de prótese não tem uma indicação única, mas sim um conjunto de fatores associados ao grau de limitação funcional, imposta ao paciente pela dor da degeneração da articulação, documentada radiograficamente como exposto no item 2.1.1.1. A idade do paciente é um dos fatores a ser considerado, porém não impede a realização do procedimento como exposto no item 2.2.1.3.

2.1.1.6 O procedimento cirúrgico constará de uma ressecção óssea através de acesso anterior a articulação do joelho, com a implantação dos seguintes componentes:

- 01 (um) componente femoral metálico (cromo-cobalto), com estabilização (ressecção do ligamento cruzado posterior) ou sem estabilização (preservação do ligamento cruzado posterior) e superfície polida para a articulação com componente (inserto) tibial de polietileno de alto peso molecular;

- 01 (um) componente tibial metálico (cromo-cobalto);

- 01 (um) componente (inserto) tibial de polietileno de alto peso molecular (UHMWPE) para encaixe no componente tibial metálico, com estabilização ou sem estabilização de acordo com o componente femoral utilizado;

- 01 (um) componente de polietileno de alto peso molecular (UHMWPE) para substituição da superfície articular patelar; e

- 02 (duas) unidades de cimento ósseo sem antibiótico.

2.1.1.7 A literatura ortopédica suporta o emprego de prótese total de joelho com ou sem estabilização, porém, com relação à realização do procedimento cirúrgico, a prótese com estabilização tem sido mais utilizada devido ao balanço ligamentar ser mais previsível e reprodutível, principalmente por cirurgias menos experientes. O emprego de cimento ósseo com antibiótico poderá ser utilizado nos casos de indicações específicas como comorbidades que comprometam o sistema autoimune e que aumentem a possibilidade de infecções.

2.1.1.8 As principais contraindicações para a realização deste procedimento são a sequelas de infecção, paciente com idade inferior a 60 anos, infecção aguda de outros sítios, pacientes acima de 85 anos de idade e pacientes com graves comorbidades clínicas que tornem a cirurgia um risco para a sua vida.

2.1.1.9 As principais complicações do emprego da artroplastia total do joelho são a infecção da prótese, necrose cutânea na incisão cirúrgica, trombose venosa profunda, afrouxamento asséptico dos componentes, fratura peri-protética, desgaste do polietileno e instabilidade ligamentar do joelho.

2.1.1.10 A avaliação da prótese articular para substituição da função do joelho deverá considerar estudos prospectivos que comprovem, através de dados concretos, a sobrevida livre de novas cirurgias de revisão maior que 90% em 10 anos de pós-operatório. Encontram-se disponíveis em sítios eletrônicos específicos ou na literatura ortopédica os registros internacionais de artroplastias levados a cabo por instituições governamentais de alguns países, como, por exemplo, os registros britânico, australiano e escandinavo. Por serem estudos prospectivos e altamente inclusivos, mirando sempre o alvo de 100% de notificação com mecanismos de motivação para o preenchimento dos dados com cobertura nacional, são extremamente úteis como *benchmarking*.

2.1.2 Especificação e Quantidade

- 01 (um) componente femoral metálico (cromo-cobalto), com estabilização (ressecção do ligamento cruzado posterior) ou sem estabilização (preservação do ligamento cruzado posterior) e superfície polida

para a articulação com o inserto tibial de polietileno de alto peso molecular;

- 01 (um) componente tibial metálico (cromo-cobalto);
- 01 (um) componente (inserto) tibial de polietileno de alto peso molecular (UHMWPE) para encaixe no componente tibial metálico, com estabilização ou sem estabilização de acordo com o componente femoral utilizado;
- 01 (um) componente de polietileno de alto peso molecular (UHMWPE) para substituição da superfície articular patelar, sendo este componente não obrigatoriamente utilizado dependendo da indicação e avaliação intra-operatória pela equipe médica; e
- 02 (duas) unidades de cimento ósseo.

2.1.3 Características essenciais da prótese

2.1.3.1 Tipo: prótese total de joelho cimentada com estabilização (técnica de ressecção do ligamento cruzado posterior) ou sem estabilização (técnica de preservação do ligamento cruzado posterior).

2.1.3.2 Matéria prima: componente femoral metálico (cromo-cobalto); componente tibial metálico (cromo-cobalto); componente (inserto) tibial de polietileno de alto peso molecular (UHMWPE) para encaixe no componente tibial metálico; componente patelar de polietileno de alto peso molecular (UHMWPE) e cimento ósseo de polimetilmetacrilato.

2.1.4 Caráter do Procedimento

- Procedimento eletivo não se aplicando o caráter de urgência.

2.1.5 Exames Comprobatórios

- Resultados dos exames que corroborem a indicação da prótese e procedimento solicitado: exame clínico associado a uma radiografia simples do joelho nas incidências ântero-posterior e perfil, com laudo radiológico evidenciando quadro de artrose, com diminuição do espaço articular.

2.1.6 Honorários Admissíveis na Prótese Total de Joelho-CBHPM

- 3.07.26.04-2 Artrotomia - tratamento cirúrgico; e
- 3.07.26.03-4 Artroplastia total de joelho com implantes - tratamento cirúrgico.

2.2 Da Autorização para Revisão de Prótese Total de Joelho

2.2.1 Bases Técnicas

2.2.1.1 Soltura asséptica, sequelas de osteonecrose, infecção tardia ou subaguda de prótese articular de joelho. Falência da prótese primária por falência ligamentar grave e insuficiência ligamentar grave.

2.2.1.2 Em todos os casos de revisão de prótese total de joelho, a análise técnica deverá obrigatoriamente ser encaminhada para parecer pela Câmara Técnica (CT) de Joelho da Diretoria de Saúde que definirá a autorização do ato proposto.

2.2.2 Especificação e Quantidade

- 01 (um) componente femoral metálico (cromo-cobalto) com haste longa, com estabilização (ressecção do ligamento cruzado posterior) ou sem estabilização (preservação do ligamento cruzado posterior) e superfície polida para a articulação com o inserto tibial de polietileno de alto peso molecular;

- 01 (um) componente tibial metálico (cromo-cobalto);
- 01 (um) componente (inserto) tibial de polietileno de alto peso molecular (UHMWPE) com haste longa para encaixe no componente tibial metálico, com estabilização ou sem estabilização de acordo com o componente femoral utilizado;
- 01 (um) componente de polietileno de alto peso molecular (UHMWPE) para substituição da superfície articular patelar, sendo este componente não obrigatoriamente utilizado dependendo da indicação e avaliação intra-operatória pela equipe médica;
- 03 (três) unidades de cimento ósseo com ATB;
- Cunhas metálicas (até máximo 8 unidades), para defeitos ósseos; e
- 01 (um) cone trabeculado de tântalo em caso de perda óssea.

2.2.2.1 Prótese em Dobradiça (HNDE)

- Indicações específicas em falência ligamentar grave, neoplasia em sítio cirúrgico, falência ósteo-ligamentar grave ou em caso de revisões cirúrgicas múltiplas.

2.2.3 Caráter do Procedimento

- Procedimento eletivo não se aplicando o caráter de urgência.

2.2.4 Exames Comprobatórios

- Resultados dos exames que corroborem a indicação da revisão de prótese e procedimento solicitado: exame clínico associado a uma radiografia simples do joelho nas incidências ântero-posterior e perfil, com laudo radiológico.

2.2.5 Honorários Admissíveis na Revisão de Prótese de Joelho-CBHPM

- 3.07.26.04-2 Artrotomia - tratamento cirúrgico
- 3.07.26.22-0 Osteotomias ao nível do joelho - tratamento cirúrgico
- 3.07.26.25-5 Revisões de artroplastia total - tratamento cirúrgico

2.3 Da Autorização para Osteotomia de Joelho

2.3.1 Bases Técnicas

2.3.1.1 Indicações: dor incapacitante, desvio de angular de eixo comprovado, artrose unicompartimental, idade até 65 anos.

2.3.1.2 Contraindicações: dor difusa inespecífica, déficit de extensão, expectativa desconexa do paciente.

2.3.2 Especificação e Quantidade

- Componente tibial: 01 (uma) placa bloqueada (cromo-cobalto) para osteotomia proximal da tíbia ou placa calço bloqueada (4 a 6 parafusos).

2.3.2.1 Para osteotomias de subtração ou adição.

- Componente femoral: 01 (uma) placa de estabilização (cromo-cobalto) de fêmur distal bloqueada ou 01 (uma) placa calço (até 8 parafusos).

2.3.2.2 Para osteotomias de subtração ou adição.

2.3.3 Caráter do Procedimento

- Procedimento eletivo não se aplicando o caráter de urgência.

2.3.4 Exames Comprobatórios

- Resultados dos exames que corroborem a indicação da osteotomia e procedimento solicitado: exame clínico associado a uma radiografia simples do joelho e perna nas incidências ântero-posterior e perfil, com laudo radiológico.

2.3.5 Honorários Admissíveis na Osteotomia de Joelho-CBHPM

- 3.07.26.22-0 Osteotomias ao nível do joelho - tratamento cirúrgico;
- 3.07.32.02-6 Enxerto ósseo.

2.4 Da Autorização para Viscosuplementação (Infiltração de Ácido Hialurônico Intrarticular)

2.4.1 Bases Técnicas

2.4.1.1 Indicações: tratamento alternativo para artrose com dor e lesões degenerativas com correspondência radiológica sem melhora com o tratamento clínico por 6 (seis) meses ou recusa de tratamento cirúrgico.

2.4.1.2 O uso de plasma rico em plaquetas (PRP) está proscrito em qualquer situação clínica, conforme decisão do CFM.

2.4.1.3 A Diretoria de Saúde adota a opção de aplicação única por joelho, devendo respeitar o intervalo mínimo de 12 (doze) meses para a repetição do procedimento.

2.4.2 Especificação e Quantidade

- Ácido hialurônico ou derivados análogos injetáveis de alto peso molecular - máximo de 06 (seis) ml para doses únicas.

2.4.3 Caráter do Procedimento

- Procedimento eletivo não se aplicando o caráter de urgência.

2.4.4 Honorários Admissíveis na Viscosuplementação-CBHPM

- 3.07.13.13-7 Punção articular diagnóstica ou terapêutica (infiltração)

2.5 Da Autorização para Lesões do Ligamento Cruzado Anterior (LCA)

2.5.1 Bases Técnicas

2.5.1.1 O ligamento cruzado anterior (LCA) é o principal estabilizador anterior do joelho e a sua rotura está associada principalmente a um mecanismo de trauma indireto seguido de hemartrose. A evolução natural da lesão deste ligamento ainda não está completamente esclarecida, porém acredita-se que a

instabilidade anterior evolua para lesões degenerativas meniscais e condrais e a evolução natural repercute sobre o desempenho destes indivíduos em suas atividades físicas.

2.5.1.2 Estima-se que nos Estados Unidos ocorra a incidência anual de 0,35 lesão de LCA por habitante da população geral, o que resulta em aproximadamente 75.000 lesões anuais. Cerca de 70% das lesões ocorre durante a atividade esportiva, principalmente durante a prática do futebol, ocorrendo a maioria destas lesões entre 16 e 45 anos de idade.

2.5.1.3 Os meniscos têm importante função no joelho, eles aumentam a congruência articular, diminuem o stress na cartilagem, aumentam a estabilidade da articulação e provêm absorção contra impacto. Combinados, os meniscos transmitem cerca de 50% da carga da articulação. A perda meniscal reduz a área de contato tibial em cerca de 50-70%, resultando em um aumento do stress tanto tibial quanto femoral.

2.5.1.4 A cartilagem articular é um tecido complexo formada principalmente de colágeno tipo 2, ela tem habilidade de lidar com grandes forças durante vários ciclos, porém tem pequena habilidade de regeneração após lesão. Assim as lesões associadas à lesão do ligamento cruzado anterior levam à degeneração progressiva da cartilagem articular, gerando dor, edema e perda de função do membro.

2.5.1.5 A reconstrução do ligamento cruzado anterior é uma cirurgia bem estabelecida na prática ortopédica, está indicada na grande maioria dos pacientes, principalmente em pacientes sintomáticos que desejam voltar à prática esportiva e laboral.

2.5.1.6 Indicação: laudo de imagem radiológica demonstrando lesão associado ao exame clínico positivo detalhado em prontuário médico.

2.5.2 Especificação e Quantidade

2.5.2.1 Técnicas admissíveis

- Endobotton
- Interferência

2.5.2.1.1 Fêmur: fixação por suspensão cortical e ou intraósseo (parafuso de interferência)

2.5.2.1.1.1 São opções aceitas para o componente femoral:

- 01 (um) Endobotton - composto de laço de sutura de fio de poliéster trançado - filamentos de alta tenacidade de Polietileno não absorvível e manufaturado em titânio - com opção para tendões flexores e patelar;

- 01 (um) Endobotton - composta de laço de sutura de fio de poliéster trançado - filamentos de alta tenacidade de Polietileno não absorvível e manufaturada em titânio - com looping ajustável;

- 01 (um) Parafuso de interferência metálico (titânio) ou bioabsorvível.

2.5.2.1.1.2 Tíbia: fixação intraósseo e ou apoio cortical com botton ou a *graft* ou a poste.

2.5.2.1.1.2.1 São opções para o componente tibial:

- 01 (um) Parafuso de interferência metálico (titânio) associado ou não a *graft* ou a poste;
- 01 (um) Parafuso de interferência absorvível;

- 01 (um) Endobotton - compostas de laço de sutura de fio de poliéster trançado - filamentos de alta tenacidade de Polietileno não absorvível e manufaturadas em titânio.

2.5.2.2 Materiais comuns às técnicas

- 01 (uma) Lâmina de *shaver* para partes moles;
- 01 (uma) Ponteira de radiofrequência;
- 01 (uma) Lâmina de *shaver* para parte óssea;
- 01 (um) Equipo de irrigação descartável de Circulação Assistida (Equipo *PUMP*). A empresa fornecedora deverá obrigatoriamente fornecer o equipamento de acoplamento do equipo;
- Fios de alta resistência não absorvíveis (até 3 unidades).

2.5.3 Caráter do Procedimento

- Procedimento eletivo não se aplicando o caráter de urgência.

2.5.4 Honorários Admissíveis nas Lesões do Ligamento Cruzado Anterior (LCA)-CBHPM

- 3.07.33.07-3 Reconstrução, retencionamento ou reforço do ligamento cruzado anterior ou posterior;
- 3.07.33.02-2 Sinovectomia;
- 3.07.33.05-7 Meniscectomia. *Em caso de rotura meniscal comprovada.

2.6 Da Autorização para Lesões do Ligamento Cruzado Posterior (LCP)

2.6.1 Bases Técnicas

2.6.1.1 O LCP é constituído por duas bandas de inserção femoral: uma antero-lateral (mais larga, resistente e tensa em flexão) e outra pósterio-medial (mais estreita, menos resistente e tensa em extensão). Apesar de menos comum, a lesão do LCP constitui-se razão de dor e incapacidade funcional e deve ser abordada quando houver indicação.

2.6.1.2 Indicação: laudo de imagem demonstrando lesão associado ao exame clínico positivo.

2.6.1.3 Os casos de cirurgias de reconstrução multiligamentar serão avaliados isoladamente pelo CT de joelho da Diretoria de Saúde.

2.6.2 Especificação e Quantidade

2.6.2.1 Técnicas admissíveis

- Endobotton;
- Interferência.

2.6.2.2 Fêmur: fixação por suspensão cortical e ou intraósseo (parafuso de interferência)

2.6.2.2.1 São opções aceitas para o componente femoral:

- 01 (um) Endobotton - composto de laço de sutura de fio de poliéster trançado - filamentos de alta tenacidade de Polietileno não absorvível e manufaturado em titânio - com opção para tendões flexores e

patelar;

- 01 (um) Endobotton - composta de laço de sutura de fio de poliéster trançado - filamentos de alta tenacidade de Polietileno não absorvível e manufaturada em titânio - com looping ajustável;

- 01 (um) Parafuso de interferência metálico (titânio) ou bioabsorvível.

2.6.2.3 Tíbia: fixação intraósseo e ou apoio cortical com botton ou a *graft* ou a poste.

2.6.2.3.1 São opções para o componente tibial:

- 01 (um) Parafuso de interferência metálico (titânio) associado ou não a *graft* ou a poste;

- 01 (um) Parafuso de interferência absorvível;

- 01 (um) Endobotton - compostas de laço de sutura de fio de poliéster trançado - filamentos de alta tenacidade de Polietileno não absorvível e manufaturadas em titânio.

2.6.2.4 Materiais comuns às técnicas

- 01 (um) Lâmina de *shaver* para partes moles;

- 01 (um) Ponteira de radiofrequência;

- 01 (um) Lâmina de *shaver* para parte óssea;

- 01 (um) Equipo de irrigação descartável de Circulação Assistida (Equipo *PUMP*). A empresa fornecedora deverá obrigatoriamente fornecer o equipamento de acoplamento do equipo;

- Fios de alta resistência não absorvíveis (até 3 unidades);

- 01 (uma) Cânula para artroscopia;

- 01 (uma) Malha guia (rabo de tatu).

2.6.3 Caráter do Procedimento

- Procedimento eletivo não se aplicando o caráter de urgência.

2.6.4 Honorários Admissíveis Lesões do Ligamento Cruzado Posterior (LCP)-CBHPM

- 3.07.33.07-3 Reconstrução, retencionamento ou reforço do ligamento cruzado anterior ou posterior;

- 3.07.33.02-2 Sinovectomia;

- 3.07.33.05-7 Meniscectomia. *Em caso de rotura meniscal comprovada.

2.7 Da Autorização para Artroscopia

2.7.1 Bases Técnicas

2.7.1.1 Indicações: lesão meniscal, sinovite vilonodular, lesão osteocondral, sinovite crônica, artrite, bloqueio articular, corpo estranho intra-articular e síndrome conflito femoro-patelar sintomática refratário ao tratamento clínico.

2.7.1.2 Padrão: imagem radiológica representativa com exame clínico compatível devidamente registrado em prontuário médico.

2.7.2 Especificação e Quantidade

- 01 (um) Lâmina de *shaver*;
- 01 (um) Ponteira de radiofrequência;
- 01 (um) Equipo de irrigação descartável de Circulação Assistida (Equipo *PUMP*). A empresa fornecedora deverá obrigatoriamente fornecer o equipamento de acoplamento do equipo.

2.7.3 Caráter do Procedimento

2.7.3.1 Procedimento eletivo, podendo em alguns casos, ter o caráter de urgência. São casos em que a urgência pode ser justificada:

- a. infecção (artrite séptica) em alguns casos;
- b. bloqueio articular por corpos estranhos traumáticos penetrantes (PAF e outros);
- c. bloqueio articular por lesões meniscais tipo alça (alça de balde) irreduzíveis pelo método conservador; ou
- d. auxílio ao tratamento de fraturas do planalto tibial tipo 3 de Schatzker.

2.7.4 Honorários Admissíveis na Artroscopia-CBHPM

- 3.07.33.02-2 Sinovectomia parcial ou subtotal;
- 3.07.33.03-0 Condroplastia (com remoção de corpos livres). *Em caso de lesão condral comprovada;
- 3.07.33.05-7 Meniscectomia. *Em caso de rotura meniscal comprovada;
- 3.07.33.09-0 Tratamento cirúrgico da artrofibrose. *Em caso de rigidez articular refratária ao tratamento conservador com correlação de imagem.

2.8 Da Autorização para Sutura Meniscal

2.8.1 Bases Técnicas

2.8.1.1 Indicação: Pacientes jovens com lesão registrada em zona vermelha-vermelha agudas maiores que 1cm. Não haver artrose e paciente com atividade regular.

2.8.2 Especificação e Quantidade

- 01 (um) Kit de sutura *all-inside* ou *inside-out* ou *outside-in*.

2.8.3 Caráter do Procedimento

2.8.3.1 Procedimento eletivo, podendo em alguns casos, ter o caráter de urgência. São casos em que a urgência pode ser justificada:

- a. lesão meniscal por corpos estranhos traumáticos penetrantes (PAF e outros); ou
- b. bloqueio articular por lesões meniscais irreduzíveis pelo método conservador.

2.8.4 Honorários Admissíveis na Sutura Meniscal-CBHPM

- 3.07.33.02-2 Sinovectomia;
- 3.07.33.05-7 Reparo ou sutura de um menisco.

2.9 Da Autorização para Lesão Condral

2.9.1 Bases Técnicas

2.9.1.1 Indicações: lesão com exposição de tecido ósseo-condral. Fica estabelecido que em lesões acima de 2cm² será indicado a técnica de mosaicoplastia.

2.9.1.2 Para os casos de lesão abaixo de 2cm² está indicada a técnica de microfratura.

2.9.2 Especificação e Quantidade

- 01 (um) Lâmina de *shaver*;
- 01 (um) Ponteira de radiofrequência;
- 01 (um) Equipo de irrigação descartável de Circulação Assistida (Equipo *PUMP*). A empresa fornecedora deverá obrigatoriamente fornecer o equipamento de acoplamento do equipo;
- 01 (um) Kit de mosaicoplastia para os casos indicados;
- 01 (um) Kit de microfratura para os casos indicados.

2.9.3 Caráter do Procedimento

2.9.3.1 Procedimento eletivo, podendo em alguns casos, ter o caráter de urgência. São casos em que a urgência pode ser justificada:

- a. lesão condral por corpos estranhos traumáticos penetrantes (PAF e outros); ou
- b. bloqueio articular por lesões condrais irreduzíveis pelo método conservador.

2.9.4 Honorários Admissíveis na Lesão Condral-CBHPM

- 3.07.33.02-2 Sinovectomia;
- 3.07.33.04-9 Osteocondroplastia - estabilização, ressecção e/ou plastia;
- 3.07.33.05-7 Meniscectomia. *Em caso de rotura meniscal comprovada.

2.10 Da Autorização para Prótese Unicompartimental de Joelho

2.10.1 Bases Técnicas

2.10.1.1 Indicação: Artrose unicompartimental do joelho com dor localizada no ponto de artrose com LCA preservado, LCM preservado, sem instabilidade e boa amplitude de movimentos (maior que 90 graus de arco de movimento, contratura de flexo menor que 5 graus e deformidade angular menor que 10 graus). Idade de até 55 anos.

2.10.1.2 Contraindicações: Atividade inflamatória/infecciosa, lesão de LCA ou LCM, desvio angular maior que 15 graus.

2.10.2 Especificação e Quantidade

- 01 (um) Componente femoral unicompartimental metálico (cromo-cobalto);
- 01 (um) Componente tibial unicompartimental metálico (cromo-cobalto), *insert* de polietileno de alto peso molecular (UHMW);
- 01 (um) Equipo de irrigação descartável de Circulação Assistida (Equipo *PUMP*). A empresa fornecedora deverá obrigatoriamente fornecer o equipamento de acoplamento do equipo.

2.10.3 Caráter do Procedimento

- Procedimento eletivo não se aplicando o caráter de urgência.

2.10.4 Honorários Admissíveis na Prótese Unicompartimental de Joelho-CBHPM

- 3.07.26.04-2 Artrotomia - tratamento cirúrgico;
- 3.07.26.03-4 Artroplastia total de joelho com implantes - tratamento cirúrgico.

2.11 Da Autorização para Luxação Patelar

2.11.1 Bases Técnicas

2.11.1.1 Traumática: Exame de imagem mostrando alterações ligamentares e ósseas com exame clínico mostrando a subluxação patelar nos testes de stress.

2.11.1.2 Recidivante: Histórico de instabilidade sintomática ao longo do crescimento e que apresentam instabilidade ao exame clínico e exames de imagem compatíveis com alterações ósseas com indicação do alinhamento patelo-femoral.

2.11.2 Especificação e Quantidade

- 01 (um) Parafuso bioabsorvível;
- 02 (duas) âncoras de titânio 5.0 (agulhadas);
- 01 (uma) Lâmina de *shaver* de partes moles;
- 01 (um) Equipo de irrigação descartável de Circulação Assistida (Equipo *PUMP*). A empresa fornecedora deverá obrigatoriamente fornecer o equipamento de acoplamento do equipo;
- 01 (uma) Ponteira de radiofrequência.

2.11.3 Caráter do Procedimento

2.11.3.1 Procedimento eletivo, podendo em alguns casos, ter o caráter de urgência. São casos em que a urgência pode ser justificada:

- a. lesão patelar por corpos estranhos traumáticos penetrantes (PAF e outros); ou
- b. bloqueio articular por lesão patelar irreduzível pelo método conservador.

2.11.4 Honorários Admissíveis na Luxação Patelar-CBHPM

- 3.07.33.02-2 Sinovectomia;
- 3.07.33.10-3 Instabilidade femoro-patelar, release lateral da patela, retencionamento, reforço ou reconstrução do ligamento patelo-femoral medial.

2.12 Da Autorização para Luxação Patelar Recidivante

2.12.1 Bases Técnicas

- Histórico de instabilidade sintomática ao longo do crescimento e que apresentam instabilidade ao exame clínico e exames de imagem compatíveis com alterações ósseas com indicação do alinhamento patelo-femoral.

2.12.2 Especificação e Quantidade

- 02 (dois) Parafusos corticais com arruela.

2.12.3 Caráter do Procedimento

- Procedimento eletivo não se aplicando o caráter de urgência.

2.12.4 Honorários Admissíveis na Luxação Patelar Recidivante-CBHPM

- 3.07.26.22-0 Osteotomia ao nível do joelho - tratamento cirúrgico;
- 3.07.26.10-7 Fratura e/ou luxação de patela.

2.13 Da Autorização para Fratura Ósteo-Condral ou Condral

2.13.1 Bases Técnicas

2.13.1.1 Indicações: Lesão osteocondral maior que 1cm² em zona de carga ou de atrito articular comprovada por exame de imagem, estando o fragmento viável para fixação, sem gonartrose, até 60 anos.

2.13.1.2 Os casos obrigatoriamente serão avaliados pelo CT joelho da Diretoria de Saúde.

2.13.2 Especificação e Quantidade

- 01 (uma) Lâmina de *shaver*;
- 01 (uma) Ponteira de radiofrequência;
- 01 (um) Equipamento de irrigação descartável de Circulação Assistida (Equipamento *PUMP*). A empresa fornecedora deverá obrigatoriamente fornecer o equipamento de acoplamento do equipamento;
- 02 (dois) Parafusos de Herbert* (quando houver exposição óssea subcondral);
- 01 (um) Kit de fixação com dardos condrais (até 4 unidades)* (quando houver lesão condral);

- 01 (um) Cola biológica de 01 (um) ml.

2.13.3 Caráter do Procedimento

2.13.3.1 Procedimento eletivo, podendo em alguns casos, ter o caráter de urgência. São casos em que a urgência pode ser justificada:

- a. lesão ósteo-condral por corpos estranhos traumáticos penetrantes (PAF e outros); ou
- b. bloqueio articular por lesões ósteo-condrais irreduzíveis pelo método conservador.

2.13.4 Honorários Admissíveis na Fratura Ósteo-Condral-CBHPM:

- 3.07.33.02-2 Sinovectomia;
- 3.07.33.04-9 Osteocondroplastia - estabilização, ressecção e/ou plastia.

2.14 Da Autorização para Revisão de Artroplastia Infectada - Primeiro Tempo Cirúrgico

2.14.1 Bases Técnicas

- Indicações: Presença de prótese de joelho infectada.

2.14.2 Especificação e Quantidade

- 02 (dois) Cimentos ósseos com ATB.

2.14.3 Caráter do Procedimento

2.14.3.1 Procedimento eletivo, podendo em alguns casos, ter o caráter de urgência. São casos em que a urgência pode ser justificada:

- a. Seps; ou
- b. Bloqueio articular por material piogênico.

2.14.4 Honorários Admissíveis no Primeiro Tempo da Prótese Infectada-CBHPM

- 3.07.26.04-2 Artrotomia;
- 3.07.26.01-8 Artrite Séptica - tratamento cirúrgico.

CAPÍTULO III

DIRETRIZES PARA O TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS DOENÇAS DO QUADRIL

3.1 Da Autorização para Artroplastia de Quadril

3.1.1 Bases Técnicas

3.1.1.1 Os fatores que influenciam na tomada de decisão para o emprego de uma prótese total do quadril são a fratura desviada do colo do fêmur em pacientes com idade superior a 65 anos e a presença de destruição da superfície articular do quadril, caracterizada pela degeneração da cartilagem articular, que

pode ser decorrente da artrose primária, artrose pós-traumática, artrose decorrente de doenças reumáticas, osteonecrose da cabeça do fêmur, artrose decorrente de processos infecciosos ou neoplásicos e desvios angulares do terço proximal do fêmur.

3.1.1.1.2 Este procedimento está indicado em pacientes com faixa etária acima de 25 anos de idade, com artrose incapacitante e que apresentem condições clínicas satisfatórias para suportar o procedimento cirúrgico.

3.1.1.1.3 Os pacientes com idade abaixo de 25 anos com indicação de artroplastia total do quadril deverão ser encaminhados para análise da câmara técnica de quadril da Diretoria de Saúde.

3.1.1.1.4 O tratamento da artrose do quadril deverá ser inicialmente conservador com emprego de tratamento medicamentoso e medidas fisioterápicas com reforço muscular e manutenção do arco do movimento articular.

3.1.1.1.5 A artroplastia total do quadril está indicada quando existir dor e limitação funcional, associada a quadro radiológico que justifique a indicação do procedimento, sugestivo da degeneração cartilaginosa do quadril, e o paciente consentir com a realização do procedimento após ter sido esclarecido dos riscos e benefícios.

3.1.1.1.6 Nos casos de fratura do colo do fêmur desviada (graus de Garden III e IV), em que há grande risco de falha da osteossíntese ou necrose da cabeça femoral, a artroplastia total do quadril está indicada como procedimento primário a ser realizado em caráter de urgência.

3.1.1.1.7 A implantação do componente cefálico em material cerâmico poderá ser considerado em pacientes com idade de até 65 anos, inclusive. Esta observação também será obedecida no caso de opção por inserto acetabular em componente cerâmico.

3.1.1.1.8 O procedimento poderá ser realizado, por opção da equipe médica assistente, através dos seguintes modelos protéticos: Prótese Total Híbrida, Prótese Total Não-Cimentada, Prótese Total Cimentada, Prótese Monopolar ou Bipolar.

3.1.1.1.9 O emprego de cimento ósseo com antibiótico poderá ser utilizado nos casos de indicações específicas como comorbidades que comprometam o sistema autoimune e que aumentem a possibilidade de infecções, tais como:

- a. idade > 65 anos;
- b. tabagista;
- c. diabetes;
- d. imunossuprimido de qualquer etiologia (HIV, paciente oncológico, doenças autoimunes, insuficiência vascular periférica, anemia falciforme, pneumopata, nefropata, hepatopata, transplantado de grandes órgãos);
- e. alterações de pele que alterem a defesa local: psoríase, epidermólise bolhosa, sequela de queimadura, cicatrizes.

3.1.2 Especificação e Quantidade

3.1.2.1 Prótese Total Híbrida

3.2.1.1 O procedimento cirúrgico consta da ressecção óssea da cabeça e parte do colo femoral e do preparo da cavidade acetabular, com a utilização dos seguintes componentes, **quando da opção por prótese total híbrida:**

- 01 (um) componente femoral metálico (cromo-cobalto) modular cimentado, com superfície polida e possibilidade de encaixe de centralizador da haste femoral;
- 01 (um) centralizador da haste femoral;
- 01 (um) restritor de cimento ósseo para pressurização dentro do canal femoral;
- 01 (um) componente cefálico metálico com disponibilidade de comprimentos e diâmetros variáveis entre 28 a 40mm em cromo-cobalto;
- 01 (um) componente acetabular não-cimentado, metálico em liga de titânio e com ou sem orifícios para permitir a colocação de parafusos;
- 01 (um) componente (inserto) de polietileno de alto peso molecular (UHMWPE) com elevação da borda posterior para encaixe no componente acetabular metálico;
- Até 03 (três) parafusos, feitos de titânio ou liga de titânio, para fixação do componente acetabular metálico;
- 01 (um) pressurizador de cimento;
- 02 (duas) unidades de cimento ósseo sem antibiótico;
- 01 (um) Equipamento de irrigação descartável de Circulação Assistida (Equipamento de lavagem pulsada-*PUMP*). A empresa fornecedora deverá obrigatoriamente fornecer o equipamento de acoplamento do equipamento.

3.1.2.2 Prótese Total Não-Cimentada

3.2.2.1 O procedimento cirúrgico consta da ressecção óssea da cabeça e parte do colo femoral e do preparo da cavidade acetabular, com a utilização dos seguintes componentes, **quando da opção por prótese total não cimentada:**

- 01 (um) componente femoral metálico não-cimentado;
- 01 (um) componente cefálico metálico com disponibilidade de comprimentos E diâmetros variáveis entre 28 a 40mm em cromo-cobalto. Em casos especiais a de 22mm poderá ser considerada;
- 01 (um) componente acetabular não-cimentado, metálico em liga de titânio e com ou sem orifícios para permitir a colocação de parafusos;
- 01 (um) componente (inserto) de polietileno de alto peso molecular (UHMWPE) com elevação da borda posterior para encaixe no componente acetabular metálico;
- Até 03 (três) parafusos, feitos de titânio ou liga de titânio, para fixação do componente acetabular metálico;

3.1.2.3 Prótese Total Cimentada

3.2.3.1 O procedimento cirúrgico consta da ressecção óssea da cabeça e parte do colo femoral e do preparo da cavidade acetabular, com a utilização dos seguintes componentes, quando da opção por prótese total cimentada:

- 01 (um) componente femoral metálico (cromo-cobalto) modular cimentado, com superfície polida e possibilidade de encaixe de centralizador da haste femoral;

- 01 (um) centralizador da haste femoral;
- 01 (um) restritor de cimento ósseo para pressurização dentro do canal femoral;
- 01 (um) componente cefálico metálico com disponibilidade de comprimentos e diâmetros variáveis entre 28 a 40mm em cromo-cobalto;
- 01 (um) componente acetabular cimentado de polietileno;
- 01 (um) pressurizador de cimento;
- Até 03 (três) unidades de cimento ósseo sem antibiótico;
- 01 (um) Equipó de irrigação descartável de Circulação Assistida (Equipó de lavagem pulsada-*PUMP*). A empresa fornecedora deverá obrigatoriamente fornecer o equipamento de acoplamento do equipó.

3.1.2.4 Prótese Monopolar ou Bipolar

3.2.4.1 Em casos de fratura de colo de fêmur em pacientes classificados como deambuladores domiciliares ou não-deambuladores é passível a opção por próteses parciais do tipo monopolar ou bipolar.

3.2.4.1.2 O procedimento cirúrgico consta da ressecção óssea da cabeça e parte do colo, com a utilização dos seguintes componentes:

- 01 (um) componente femoral metálico (cromo-cobalto) modular cimentado, com superfície polida e possibilidade de encaixe de centralizador da haste femoral;
- 01 (um) centralizador da haste femoral;
- 01 (um) restritor de cimento ósseo para pressurização dentro do canal femoral;
- 01 (um) prótese monopolar ou bipolar com componente cefálico intercambiável conforme critérios de opção do cirurgião no ato da solicitação do procedimento, em material metálico (cromo-cobalto);
- 01 (um) pressurizador de cimento;
- 02 (duas) unidades de cimento ósseo sem antibiótico;
- 01 (um) Equipó de irrigação descartável de Circulação Assistida (Equipó de lavagem pulsada-*PUMP*). A empresa fornecedora deverá obrigatoriamente fornecer o equipamento de acoplamento do equipó.

3.1.3 Caráter do Procedimento

- Procedimento eletivo predominante, podendo ter o caráter de urgência conforme descritivo no item 6 (seis).

3.1.4 Exames Comprobatórios

- Resultados dos exames que corroborem a indicação da prótese e procedimento solicitado: exame clínico associado a um exame de imagem, com laudo radiológico evidenciando quadro de coxo-artrose, com patologias que comprovem dano irreversível à articulação.

3.1.5 Honorários Admissíveis na Artroplastia de Quadril-CBHPM

- 3.07.24.05-8 Artroplastia (qualquer técnica ou versão de quadril) - tratamento cirúrgico.

3.2 Da Autorização para Revisão de Próteses de Quadril

3.2.1 Bases Técnicas

3.2.1.1 Soltura asséptica, fratura peri-protética, infecção tardia ou subaguda de prótese articular de quadril. Falência da prótese primária por instabilidade, osteólise e desgaste da superfície articular.

3.2.1.2 Em todos os casos de revisão de próteses de quadril, a análise técnica deverá obrigatoriamente ser encaminhada para parecer pela Câmara Técnica (CT) de quadril do Exército Brasileiro (EB) que definirá a autorização do ato proposto.

3.2.2 Especificação e Quantidade

3.2.2.1 Componente Acetabular

- 01 (um) componente acetabular não-cimentado com orifícios para parafusos (componentes acetabulares de grande diâmetro “*jumbo cup*”) com 3 parafusos acetabulares para fixação; ou

- 01 (um) componente acetabular não-cimentado com orifícios para parafusos em metal trabecular (reservado à lesões com defeito ósseo) com 3 parafusos acetabulares para fixação; ou

- 01 (um) componente em metal trabecular em forma de cunha (tamanhos variáveis) - reservado à lesões com defeito ósseo superior, pósterio-superior -com 2 parafusos acetabulares para fixação.

3.2.2.1.1 Nos casos de instabilidade articular pós-operatória poderá ser avaliado a possibilidade de utilização de componentes acetabulares constrictos e/ou de dupla mobilidade.

3.2.2.1.2 Nos casos específicos de dissociação pélvica poderá ser avaliado a possibilidade de utilização de anéis de reforço acetabulares.

3.2.2.2 Inserto Acetabular:

- 01 (um) Inserto em polietileno compatível com a cúpula acetabular metálica e diâmetro da cabeça variando de 28, 32, 36 e 40mm.

3.2.2.2.1 Em caso de uso de componente cerâmico, a substituição poderá ser realizada pelo mesmo material.

3.2.2.2.2 Em casos específicos poderá ser realizada a manutenção do componente acetabular metálico, substituindo o polietileno primário por um polietileno cimentado no “*cup*” original, trocando ou não, o componente cefálico de acordo com a compatibilidade do cone femoral. Neste caso há o uso de 01(uma) unidade de cimento.

3.2.2.3 Componente Femoral

3.2.2.3.1 De acordo com o defeito femoral apresentado, por cada caso, poderá ser realizado diferentes técnicas com diferentes materiais.

- 01 (uma) haste femoral cimentada primária na técnica de cimento sobre cimento; ou

- 01 (uma) haste de fixação distal monobloco ou modular com ou sem osteotomia femoral; ou
- Utilização de cabos de cerclagem femoral na síntese da osteotomia femoral;
- Utilização de placa com cabos associados nos casos de fratura femoral periprotética.

3.2.3 Caráter do Procedimento

- Procedimento eletivo não se aplicando o caráter de urgência.

3.2.4 Exames Comprobatórios

- Resultados dos exames que corroborem a indicação da revisão de prótese e procedimento solicitado: exame clínico associado a um exame de imagem com laudo radiológico.

3.2.5 Honorários Admissíveis na Revisão de Prótese de Quadril-CBHPM

- 3.07.30.03-1 Desbridamento cirúrgico de feridas ou extremidades;
- 3.07.24.27-9 Revisão de Artroplastias de Quadril com retirada de componentes e implante de próteses.

3.3 Da Autorização do Tratamento Cirúrgico da Osteonecrose de Quadril

3.3.1 Bases Técnicas

3.3.1.1 Tratamento cirúrgico da Osteonecrose de quadril;

3.3.1.1.1 Foragem (descompressão).

- Indicado para os casos em que não haja perda da esfericidade da cabeça femoral. (indicado até Ficat 2A).

- Nos casos classificados acima de Ficat 2A deverá ser realizada a prótese total de quadril, seguindo os critérios determinados para artroplastia total de quadril.

3.3.2 Especificação e Quantidade

- Sem necessidade de OPME por utilizar material permanente.

3.3.3 Caráter do Procedimento

- Procedimento eletivo, não cabendo o critério de urgência.

3.3.4 Honorários Admissíveis na Artroscopia de Quadril-CBHPM

- 3.07.24.28-7 Tratamento de necrose avascular por foragem de estaqueamento associada à necrose microcirúrgica.

3.4 Da Autorização para Revisão de Artroplastia Infectada

3.4.1 Bases Técnicas

3.4.1.1 Critérios clínicos e ou exames complementares sugestivos podendo ser realizada a Punção articular orientada ou não por método de imagem (3.07.13.13-7 Punção articular diagnóstica ou terapêutica (infiltração)).

3.4.1.2 Tratamento de infecção aguda, em prótese total de quadril por artrotomia e debridamento periprotético com a manutenção da prótese, nessa situação específica por se tratar de um quadro de urgência não dependerá do aval da câmara técnica.

3.4.1.3 Nos casos em que a equipe cirúrgica julgar necessária, poderá ocorrer à troca do componente de polietileno e da cabeça femoral.

3.4.1.4 Cirurgia realizada em 2 (dois) tempos:

- 1º tempo: retirada do implante e confecção de espaçador de cimento com antibiótico (manufaturado cirurgicamente).

- 2º tempo: segue os padrões de revisão de artroplastia total de quadril.

3.4.2 Especificação e Quantidade

- 02 (duas) unidades de cimentos ósseos com ATB.

3.4.3 Caráter do Procedimento

3.4.3.1 Procedimento eletivo, podendo em alguns casos, ter o caráter de urgência. São casos em que a urgência pode ser justificada:

- a. sepse; ou

- b. bloqueio articular por material piogênico.

3.4.4 Honorários Admissíveis no Primeiro Tempo da Prótese Infectada-CBHPM:

- 3.07.30.03-1 Desbridamento cirúrgico de feridas ou extremidades;

- 3.07.24.10-4 Artrotomia coxofemoral - tratamento cirúrgico (em caso de abertura capsular - infecção profunda);

- 3.07.25.14-3 Osteomielite de fêmur - tratamento cirúrgico.

3.5 Da Autorização para Artroplastia de Quadril em Casos de Tumor de Fêmur Proximal

3.5.1 Bases Técnicas

3.5.1.1 As endopróteses não convencionais de quadril são utilizadas nas reconstruções após ressecções de tumores ósseos. Esse tipo de implante apresenta as mesmas complicações que as próteses convencionais.

3.5.1.2 A denominação de endoprótese não convencional deriva do fato da osteotomia para a sua realização ser mais extensa do que nos casos das próteses convencionais.

3.5.1.3 Todos os casos de solicitações de ressecção de tumores ósseos de fêmur proximal com implante deverão ser autorizados após parecer da Câmara Técnica de Quadril da Diretoria de Saúde.

3.5.2 Especificação e Quantidade

3.5.2.1 Poderá ser utilizado a endoprótese não-convecional monobloco ou modular de acordo com a extensão da lesão.

3.5.2.2 A fixação desse tipo de implante será realizada por meio de cimento ortopédico com antibiótico - até 3(três) unidades de cimento ortopédico com antibiótico.

3.5.2.3 A preferência é a utilização do componente cefálico do tipo bipolar com a cabeça intercambiável compatível com o cone da endoprótese.

3.5.3 Honorários Admissíveis na Artroplastia de Quadril em Caso de Tumores de Fêmur Proximal

- Os Honorários admissíveis na ressecção de tumor proximal de fêmur deverão obrigatoriamente passar pela Câmara Técnica de Quadril da Diretoria de Saúde.

3.6 Da Autorização da Artroscopia de Quadril

3.6.1 Bases Técnicas

3.6.1.1 Indicações:

- impacto femoro-acetabular tipo came, pincer e/ou misto, lesões labrais decorrentes do impacto e sem sinais de artrose, presença de corpos livres intra-articular.

3.6.1.2 Contraindicações

3.6.1.2.1 Absolutas: sinais de artrose, redução do espaço articular menor ou igual a 2mm ou redução de 50% em relação ao lado contralateral, infecção articular ou de pele em sítio cirúrgico.

3.6.1.2.2 Relativas: obesidade igual ou superior ao tipo II.

3.6.1.3 Todas as solicitações de Artroscopia de Quadril serão obrigatoriamente avaliadas pela Câmara Técnica da Diretoria de Saúde e, quando autorizadas, serão direcionadas para Centros Homologados pela Diretoria de Saúde.

3.6.2 Especificação e Quantidade

- 01 (uma) Lâmina de *shaver* para quadril longa, curva e côncava;
- 01 (uma) Lâmina de *shaver* óssea;
- 01 (uma) Lâmina de *shaver* longa reta para quadril;
- 01 (um) fio guia de nitinol para quadril;
- 01 (uma) Ponteira de radiofrequência flexível para quadril;
- 01 (um) Conjunto de equipo para irrigação de procedimentos artroscópicos. A empresa fornecedora deverá obrigatoriamente fornecer o equipamento de acoplamento do equipo;
- 02 (duas) cânulas de introdução 5.7mm;

- 01 (uma) agulha inicializadora para artroscopia de quadril;
- Até 01 (um) conjunto de agulha montada em pinça que permita sutura com o uso de apenas uma das mãos;
- Até 02 (duas) âncoras;
- 01 (um) Rolo posicionador descartável.

3.6.3 Caráter do Procedimento

- Procedimento eletivo não se aplicando o caráter de urgência.

3.6.4 Exames Comprobatórios

- Resultados dos exames de imagem, com laudo, que corroborem a indicação da artroscopia de quadril.

3.6.5 Honorários Admissíveis na Artroscopia de Quadril-CBHPM

- 3.07.38.04-0 Tratamento do impacto femoro-acetabular - procedimento videoartroscópico de coxofemoral;
- 3.07.38.05-9 Condroplastia com sutura labral - procedimento videoartroscópico de coxofemoral;
- 3.07.38.02-4 Sinovectomia parcial e/ou remoção de corpos livres - procedimento videoartroscópico de coxofemoral.

3.7 Da Autorização para Viscosuplementação de Articulação de Quadril (Infiltração de Ácido Hialurônico Intrarticular)

3.7.1 Bases Técnicas

3.7.1.1 Por não ter referências absolutas em literatura médica, adota-se:

- a Diretoria de Saúde proscreeve procedimentos de viscosuplementação para dores articulares de quadril.

3.8 Da Autorização para Rizotomias para Dores Articulares de Quadril

3.8.1 Bases Técnicas

3.8.1.1 Por não ter referências absolutas em literatura médica, adota-se:

- a Diretoria de Saúde proscreeve procedimentos de rizotomias para dores articulares de quadril.

CAPÍTULO IV

DIRETRIZES PARA O TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS DOENÇAS DO OMBRO

4.1 Da Autorização para Artroplastia de Ombro

4.1.1 Bases Técnicas

4.1.1.1 A artroplastia do ombro é utilizada no tratamento de lesões inflamatórias ou degenerativas da articulação gleno-umeral, incluindo osteoartrite (OA), necrose avascular, artrite reumatóide e osteoartrose

pós-traumática. Na OA avançada, a artroplastia é o procedimento de escolha nos casos em que o tratamento não-cirúrgico é infrutífero, proporcionando bons resultados, com função melhorada e diminuição da dor.

4.1.1.2 Poderá ser considerado procedimento de urgência nos casos de fratura e ou luxações de úmero proximal.

4.1.1.3 O procedimento poderá ser realizado, por opção da equipe médica assistente, através dos seguintes modelos protéticos: prótese parcial, prótese total e prótese reversa.

4.1.1.4 O emprego de cimento ósseo com antibiótico poderá ser utilizado nos casos de indicações específicas como comorbidades que comprometam o sistema autoimune e que aumentem a possibilidade de infecções.

4.1.1.5 Para utilização de Prótese Parcial, indicações:

- a. fraturas complexas do úmero proximal em paciente com idade igual ou superior a 60 anos com musculatura do complexo do manguito rotador funcional;
- b. osteoartrose de úmero proximal com articulação glenóide íntegra;
- c. osteoartrose primária ou secundária a trauma ou patologia reumatológica.

4.1.1.6 Para utilização de Prótese Total, indicações:

- as principais são osteoartrose, artrose por instabilidade, artrite reumatóide, sequelas de trauma (artrose pós-traumática), todas em paciente com idade igual ou superior a 60 anos e nos casos de revisão de artroplastia parcial de ombro.

4.1.1.7 Para utilização de Prótese Total Reversa, indicações:

- as principais são a artropatia do manguito rotador, lesão irreparável do manguito rotador, osteoartrose, artrose por instabilidade, artrite reumatóide, sequelas de trauma (artrose pós-traumática), todas em paciente com idade igual ou superior a 60 anos, e revisão de artroplastia parcial de ombro, porém indicada quando da incompetência do sistema do manguito rotador.

4.1.2 Especificação e Quantidade

4.1.2.1 Prótese Parcial

4.1.2.1.2 Poderá ser utilizado componente umeral cimentado e não-cimentado:

- 01 (uma) cabeça umeral em material metálico (cromo-cobalto);
- 01 (uma) haste umeral;
- 01 (um) cimento ósseo sem ATB;
- 01 (um) Restritor de cimento ósseo para pressurização dentro do canal umeral;
- até 02 (dois) cabos de cerclagem (em caso de fratura intraoperatória);
- 01 (um) Equipo de irrigação descartável de Circulação Assistida (Equipo de lavagem pulsada-*PUMP*). A empresa fornecedora deverá obrigatoriamente fornecer o equipamento de acoplamento do equipo;

- até 04 (quatro) fios de sutura de alta resistência.

4.1.2.2 Prótese Total

- 01 (uma) cabeça umeral em material metálico (cromo-cobalto) podendo variar de 14 a 20mm;
- 01 (uma) haste umeral;
- 01 (um) cimento ósseo sem ATB;
- 01 (um) restritor de cimento ósseo para pressurização dentro do canal umeral;
- 01 (hum) componente glenoidal em polietileno;
- até 02 (dois) cabos de cerclagem (em caso de fratura intraoperatória);
- Parafusos em titânio ou liga de titânio correspondente ao recomendado pelo fabricante da prótese;
- 01 (um) Equipo de irrigação descartável de Circulação Assistida (Equipo de lavagem pulsada-*PUMP*). A empresa fornecedora deverá obrigatoriamente fornecer o equipamento de acoplamento do equipo;
- até 04 (quatro) fios de sutura de alta resistência.

4.1.2.3 Prótese Total Reversa

- 01 (um) Componente proximal reverso em material metálico (cromo-cobalto);
- 01(uma) Cabeça reversa em material metálico (cromo-cobalto) podendo variar de 36 a 42mm, podendo ser do tipo centrada e descentrada;
- 01 (uma) Haste umeral;
- 01 (um) cimento ósseo sem ATB;
- 01 (um) Restritor de cimento ósseo para pressurização dentro do canal umeral;
- 01 (um) Componente modular reverso em polietileno (UHMWPE);
- 01 (uma) Placa de glenóide em material metálico (cromo-cobalto);
- Até 02 (dois) cabos de cerclagem (em caso de fratura umeral intraoperatória);
- Parafusos em titânio ou liga de titânio correspondente ao recomendado pelo fabricante da prótese;
- 01 (um) Equipo de irrigação descartável de Circulação Assistida (Equipo de lavagem pulsada-*PUMP*). A empresa fornecedora deverá obrigatoriamente fornecer o equipamento de acoplamento do equipo.

4.1.2 Caráter do Procedimento

- Procedimento majoritariamente eletivo, podendo ser aplicado o caráter de urgência conforme descrito no item 4.1.1.2.

4.1.3 Exames Comprobatórios

- Exame clínico associado a resultados dos exames de imagem, com laudo, que corroborem a indicação da prótese e do procedimento solicitado.

4.1.4 Honorários Admissíveis na Artroplastia de Ombro-CBHPM

- 3.07.27.02-7 Artroplastia escápulo-umeral com implantes - tratamento cirúrgico.

4.2 Da Autorização para Revisão de Artroplastia de Ombro

4.2.1 Bases Técnicas

4.2.1.1 Das indicações:

4.2.1.1.1 Soltura asséptica, fratura periprotética, infecção tardia ou subaguda de prótese articular de ombro. Falência da prótese primária por instabilidade, osteólise e desgaste da superfície articular ou dos componentes protéticos.

4.2.1.1.2 Poderá ser considerado procedimento de urgência, nos casos de luxações de prótese, soltura do componente e infecção periprotética.

4.2.1.1.3 Em todos os casos de revisão de prótese de ombro, a análise técnica deverá obrigatoriamente ser encaminhada para parecer pela Câmara Técnica (CT) de Ombro da Diretoria de Saúde que definirá a autorização do ato proposto.

4.2.2 Especificação e Quantidade

- Os materiais serão analisados conforme aprovação pela Câmara Técnica em análise individualizada.

4.2.3 Caráter do Procedimento

- Procedimento majoritariamente eletivo, podendo ser aplicado o caráter de urgência conforme descritos no item 4.2.1.1.2.

4.2.4 Exames Comprobatórios

- Resultados dos exames que corroborem a indicação da revisão de prótese e procedimento solicitado: exame clínico associado a exame de imagem, com laudo, corroborando com a indicação.

4.2.5 Honorários Admissíveis na Revisão de Artroplastia de Ombro-CBHPM

- 3.07.17.15-9 Revisão cirúrgica de prótese de ombro.

4.3 Da Autorização para Revisão de Artroplastia de Ombro Infectada - Primeiro Tempo Cirúrgico

4.3.1 Bases Técnicas

- Indicações: Presença de prótese de ombro infectada.

4.3.2 Especificação e Quantidade

- 02 (dois) cimentos ósseos com ATB.

4.3.3 Caráter do Procedimento

4.3.3.1 Procedimento eletivo, podendo em alguns casos, ter o caráter de urgência. São casos em que a urgência pode ser justificada:

- a. sepse; ou
- b. bloqueio articular por material piogênico.

4.3.4 Honorários Admissíveis para Revisão de Artroplastia de Ombro Infectada - Primeiro Tempo Cirúrgico-CBHPM

- 3.07.26.04-2 Artrotomia;
- 3.07.26.01-8 Artrite Séptica - tratamento cirúrgico.

4.4 Da Autorização para Artroscopia de Ombro

4.4.1 Bases Técnicas

4.4.1.1 Indicações

4.4.1.1.1 Roturas de espessura total de um a mais tendões do manguito rotador, lesões SLAP, roturas de espessura parcial de um a mais tendões do manguito rotador com falha do tratamento conservador, tendinite calcária do manguito rotador com falha do tratamento conservador, lesão da cabeça longa do bíceps com falha do tratamento conservador, instabilidades traumáticas do ombro, instabilidades multidirecional atraumáticas do ombro com falha no tratamento conservador. Poderá ser utilizada para as correções de luxações acromioclaviculares em pacientes com lesões grau III ou superiores da classificação de *Rockwood*.

4.4.1.2 Contraindicações

- 4.4.1.2.1 Absolutas: presença de ferida infectada na pele próxima a articulação a ser operada.
- 4.4.1.2.2 Relativas: distúrbios graves de sangramento.

4.4.2 Especificação e Quantidade

4.4.2.1 Para os casos de lesão do manguito rotador:

- 01 (uma) Lâmina de *shaver* partes moles;
- 01 (uma) Lâmina de *shaver* óssea;
- 02 (duas) Cânulas de introdução 5.0mm;
- 01 (um) Equipo de irrigação descartável de Circulação Assistida (Equipo *PUMP*) OBS: a empresa fornecedora deverá obrigatoriamente fornecer o equipamento de acoplamento do equipo;
- 01 (uma) Ponteira de radiofrequência;
- Até 04 (quatro) âncoras bioabsorvível ou metálica;
- Até 01 (um) conjunto de agulha montada em pinça que permita sutura com o uso de apenas uma das mãos.

4.4.2.2 Para os casos de tratamento de instabilidade do ombro

- 01 (uma) Lâmina de *shaver* partes moles;
- 01 (uma) Lâmina de *shaver* óssea;
- 02 (duas) Cânulas de introdução 5.0mm;
- 01 (um) Equipo de irrigação descartável de Circulação Assistida (Equipo *PUMP*). A empresa fornecedora deverá obrigatoriamente fornecer o equipamento de acoplamento do equipo;
- 01 (uma) Ponteira de radiofrequência;
- Até 04 (quatro) âncoras bioabsorvíveis ou metálicas.

4.4.3 Caráter do Procedimento

4.4.3.1 Procedimento eletivo, podendo em alguns casos, ter o caráter de urgência. São casos em que a urgência pode ser justificada:

- a. infecção (artrite séptica) em alguns casos; ou
- b. bloqueio articular por corpos estranhos traumáticos penetrantes (PAF e outros).

4.4.4 Honorários Admissíveis na Artrosopia de Ombro-CBHPM

4.4.4.1 No reparo artroscópico de lesões de manguito e/ou cabo longo do bíceps:

- 3.07.35.06-8 - Ruptura do manguito rotador - procedimento videoartroscópico de ombro;
- 3.07.35.09-2 - Tenotomia da porção longa do bíceps - procedimento videoartroscópico de ombro;
- 3.07.35.03-3 - Acromioplastia - procedimento videoartroscópico de ombro;
- 3.07.35.02-5 - Sinovectomia parcial ou subtotal - procedimento videoartroscópico de ombro;
- 3.07.35.08-4 - Ressecção lateral da clavícula - procedimento videoartroscópico de ombro.

4.4.4.2 No reparo artroscópico de instabilidade do ombro:

- 3.07.35.04-1 - Lesão labral - procedimento videoartroscópico de ombro;
- 3.07.35.05-0 - Luxação glenoumeral - procedimento videoartroscópico de ombro.

4.5 Da Autorização para Luxação Acromioclavicular

4.5.1 Bases Técnicas

4.5.1.1 A articulação acromioclavicular é uma articulação diartrodial que envolve a faceta articular medial do acrômio e a porção distal da clavícula. Essa une a cintura escapular ao esqueleto axial. A estabilização dessa articulação conseguida por meio da cápsula articular e dos ligamentos acromioclaviculares e coracoclaviculares.

4.5.1.2 Indicação Artroscópica: Lesões grau III ou superior de *Rockwood*.

4.5.1.3 Indicação de cirurgia aberta: Lesões grau III ou superior de *Rockwood*.

4.5.2 Especificação e Quantidade

4.5.2.1 Para tratamento artroscópico:

- 01 (uma) Lâmina de *shaver* partes moles;
- 01 (uma) Lâmina de *shaver* óssea;
- 02 (duas) Cânulas de introdução 5.0mm;
- 01 (um) Equipo de irrigação descartável de Circulação Assistida (Equipo *PUMP*). A empresa fornecedora deverá obrigatoriamente fornecer o equipamento de acoplamento do equipo;
- 01 (uma) Ponteira de radiofrequência;
- 01 (um) Kit endobutton clavicular ou 01 (uma) Âncora metálica e 02 (dois) Fios de sutura alta de resistência, tipo *FiberWire*.

4.5.2.2 Para tratamento cirúrgico aberto

- 01 (um) Kit endobutton clavicular; ou
- 01 (uma) Âncora metálica; e
- 02 (dois) Fios de sutura alta de resistência, tipo *FiberWire*.

4.5.3 Caráter do Procedimento

4.5.3.1 Procedimento eletivo, podendo em alguns casos, ter o caráter de urgência. São casos em que a urgência pode ser justificada:

- lesão traumática aguda.

4.5.4 Honorários Admissíveis na Luxação Acromioclavicular-CBHPM:

- 3.07.17.10-8 - Fraturas e/ou luxações e/ou avulsões - tratamento cirúrgico;
- 3.07.35.08-4 - Ressecção lateral da clavícula.

4.6 Da Autorização para Viscosuplementação de Articulação de Ombro (Infiltração de Ácido Hialurônico Intrarticular)

4.6.1 Bases Técnicas

4.6.1.1 Por não ter referências absolutas em literatura médica, adota-se:

- a Diretoria de Saúde proscreeve procedimentos de viscosuplementação para dores articulares de ombro.

4.7 Da Autorização para Rizotomias para Dores Articulares de Ombro

4.7.1 Bases Técnicas

4.7.1.1 Por não ter referências absolutas em literatura médica, adota-se:

- a Diretoria de Saúde proscreeve procedimentos de rizotomias para dores articulares de ombro.

CAPÍTULO V

DIRETRIZES PARA O TRATAMENTO CIRÚRGICO MEMBROS SUPERIORES (MMSS) E CINTURA PÉLVICA

5.1 Da Autorização para Fraturas de Clavícula

5.1.1 Bases Técnicas

5.1.1.1 Entre as fraturas da clavícula, 69% ocorrem na diáfise, 28% na extremidade lateral e 3% na porção medial. Enquanto isso, as fraturas segmentares são muito raras, havendo poucos artigos descritos na literatura inglesa. Normalmente, a fratura da clavícula tem um diagnóstico muito fácil devido à sua posição anatômica ser muito superficial, e, na maioria dos casos, sua consolidação se faz mesmo sem tratamento. Mas, apesar desta característica, muitas complicações podem ocorrer, inclusive fratura de arcos costais ipsilaterais. Menos comum seria ocorrer após um trauma direto, e este tem sido o mecanismo descrito nas fraturas segmentares em que geralmente há vários traumas na clavícula.

5.1.1.2 Nas fraturas segmentares, o segmento fraturado sofre ação de forças musculares e pode evoluir com falha no suprimento sanguíneo, motivo pelo qual a fixação deve ser realizada precocemente.

5.1.1.3 Allman, em 1967, foi o primeiro a classificar as fraturas dividindo a clavícula anatomicamente em três segmentos. Outras modificações foram feitas, e finalmente com mais detalhes, por Craig em 1991.

5.1.1.4 A indicação cirúrgica sobrecai nas fraturas expostas, lesão vâsculo-nervosa, risco de perfuração de pele, ombro flutuante e encurtamento, afastamento ou desvio de mais de 2cm.

5.1.2 Especificação e Quantidade

- Fios de *Kirschner*; ou

- Placa ortopédica do tipo “especial de clavícula” bloqueada em titânio ou liga de titânio com parafusos; ou

5.1.2.1 Em caso de fratura distal da clavícula usa-se a placa ortopédica tipo especial distal de clavícula” bloqueada em titânio ou liga de titânio com parafusos; ou

5.1.2.2 Em caso de Luxação Acromioclavicular (LAC), observar o item 4.5 deste Caderno de Instrução.

5.1.3 Caráter do Procedimento

- Procedimento predominantemente de urgência.

5.1.4 Exames Comprobatórios

- Resultados dos exames que corroborem a indicação da prótese e procedimento solicitado: exame clínico associado a um exame de imagem, com laudo radiológico evidenciando a patologia.

5.1.5 Honorários Admissíveis nas Fraturas de Clavícula-CBHPM:

- 3.07.17.10-8 Fraturas e/ou luxações e/ou avulsões - tratamento cirúrgico - em articulação escápulo-umeral e cintura escapular;

- 3.07.31.08-9 Tenodese.

5.1.5.1 Em caso de LAC poderão ser adicionados os seguintes códigos:

- 3.07.17.14-0 Ressecção parcial ou total de clavícula - tratamento cirúrgico;
- 3.07.17.16-7 Transferências musculares ao nível do ombro - tratamento cirúrgico.

5.2 Da Autorização para Fraturas de Escápula

5.2.1 Bases Técnicas

5.2.1.1 A ocorrência de fratura da escápula é extremamente incomum, representando aproximadamente de 3% a 5% de todas as fraturas da cintura escapular. Acredita-se que os principais motivos da raridade desta lesão sejam o volumoso envelope de partes moles na qual este osso está localizado e a sua mobilidade na caixa torácica.

5.2.1.2 Ocorrem predominantemente na população masculina jovem e de meia idade, vítima de trauma de alta energia, que sofrem impacto direto sobre o aspecto póstero-superior e lateral do tronco. O trauma torácico é a lesão mais comumente associada à fratura da escápula, embora haja um elevado índice de pacientes vítimas de múltiplo trauma. Neste cenário, é fundamental que se suspeite de fratura da escápula em todo paciente politraumatizado e com contusão torácica.

5.2.1.3 Uma vez que não se observa com frequência grande desvio entre os fragmentos e a maioria destas lesões ocorre no corpo da escápula, o tratamento geralmente é não cirúrgico. A indicação de tratamento conservador em casos instáveis, no entanto, é questionável. Como desvio progressivo pode ser detectado em certos padrões mais instáveis, tem sido recomendado acompanhamento estrito quando se mantém a indicação não cirúrgica nestes casos. Desequilíbrio muscular, fraqueza, rigidez e osteoartrose (OA) pós-traumática precoce têm sido relatadas em pacientes que evoluíram com consolidação viciosa após tratamento conservador de padrões instáveis de fratura da escápula.

5.2.1.4 As indicações de tratamento cirúrgico para as fraturas da escápula foram sendo gradualmente estabelecidas e atualmente as clássicas são: desvio ou translação lateral do corpo maior do que 10,0mm, angulação do corpo maior do que 40°, desvio do colo da glenoide maior do que 15,0mm (com ou sem deformidade angular ou rotacional), desvio articular da glenoide maior do que 5,0mm e dupla rotura do complexo suspensório superior do ombro (CSSO).

5.2.2 Especificação e Quantidade

- Placa ortopédica do tipo DCP de 3,5”(corpo) em titânio ou liga de titânio com parafusos; ou
- Placa ortopédica de reconstrução (glenóide) em titânio ou liga de titânio com parafusos.

5.2.3 Caráter do Procedimento

- Procedimento predominantemente de urgência.

5.2.4 Exames Comprobatórios

- Resultados dos exames que corroborem a indicação da prótese e procedimento solicitado: exame clínico associado a um exame de imagem, com laudo radiológico evidenciando a patologia.

5.2.5 Honorários Admissíveis nas Fraturas de Escápula-CBHPM

- 3.07.17.10-8 Fraturas e/ou luxações e/ou avulsões - tratamento cirúrgico - em articulação escápulo-umeral e cintura escapular;
- 3.07.31.08-9 Tenodese.

5.3 Da Autorização para Fraturas de Úmero Proximal

5.3.1 Bases Técnicas

5.3.1.1 As fraturas proximais de úmero são lesões comuns representando aproximadamente 10% de todas as fraturas e 70% das fraturas do úmero. Conforme Bissacotti et al. (1988), as fraturas proximais e da diáfise do úmero estão entre as quatro causas responsáveis pela maioria dos atendimentos em clínicas de ortopedia no Brasil.

5.3.1.2 Neer classificou a ocorrência dessas fraturas baseada na posição dos quatro possíveis fragmentos de fratura envolvidos (cabeça umeral, diáfise, tuberosidade maior e tuberosidade menor), variando em fraturas de uma, duas, três, ou quatro partes. É denominada de parte da fratura quando existe um deslocamento superior a 1 cm, ou angulação maior que 45° do fragmento ósseo envolvido. Existem quatro tipos de fratura de duas partes: colo anatômico, colo cirúrgico, tuberosidade maior e tuberosidade menor. As fraturas de três partes envolvem a grande tuberosidade ou a tuberosidade menor em conjunto com a fratura do colo cirúrgico. A fratura de quatro partes é caracterizada pelo deslocamento de todos os quatro segmentos.

5.3.1.3 Os principais mecanismos de lesão para esse tipo de fratura são por queda da própria altura com o paciente apoiando com a mão ou cotovelo no solo (rotação externa associada à abdução), ou por trauma direto na face lateral do ombro, principalmente em pacientes do sexo feminino (incidência de 2 mulheres / 1 homem).

5.3.1.4 Podem ser observadas algumas complicações imediatas nas fraturas do úmero proximal. O fato da proximidade entre o plexo braquial e a articulação glenoumeral aumenta o risco de lesões nervosas associadas em 6,2% dos casos. O nervo axilar é o mais comumente envolvido, devido sua posição, com trajeto que percorre inferiormente o músculo subescapular e ao redor do colo cirúrgico do úmero.

5.3.1.5 Atualmente existem algumas opções de tratamentos cirúrgicos visando à melhor estabilização da lesão através de técnicas de osteossíntese, dependendo do grau de gravidade da lesão, da qualidade óssea, da idade e do grau de atividade do paciente bem como a preferência e experiência do cirurgião.

5.3.1.6 Outro recurso que pode ser utilizado é a prótese para tratamento da fratura de três e quatro partes de úmero proximal. Estudos relatam bons resultados quanto à função, o nível de satisfação do paciente, dor e taxa de complicações após este tipo de procedimento. Fatores associados ao mau prognóstico são: prótese secundária por substituição após osteossíntese inicial, consolidação viciosa, osteólise das tuberosidades e retroversão excessiva da prótese ou mau-alongamento devido à prótese.

5.3.2 Especificação e Quantidade

5.3.2.1 Fraturas de Úmero Proximal

- Até 03 (três) parafusos ortopédicos canulados em titânio ou liga de titânio.

5.3.2.2 Fraturas de Úmero Proximal de 3 a 4 Partes

- Placa ortopédica para úmero proximal bloqueada em titânio ou liga de titânio com parafusos; ou

- Fratura em quatro partes poderá ser solicitado artroplastia total de úmero proximal.

5.3.3 Caráter do Procedimento

- Procedimento predominantemente de urgência.

5.3.4 Exames Comprobatórios

- Resultados dos exames que corroborem a indicação da prótese e procedimento solicitado: exame clínico associado a um exame de imagem, com laudo radiológico evidenciando a patologia.

5.3.5 Honorários Admissíveis nas Fraturas de Úmero Proximal-CBHPM

- 3.07.17.10-8 Fraturas e/ou luxações e/ou avulsões - tratamento cirúrgico - em articulação escápulo-umeral e cintura escapular;

- 3.07.31.08-9 Tenodese;

5.3.5.1 Em caso de artroplastia total de ombro, serão pagos os honorários conforme estipulado nas diretrizes do tratamento cirúrgico do ombro previstos neste Caderno de Instrução.

5.4 Da Autorização para Fraturas Diafisárias de Úmero (FDU)

5.4.1 Bases Técnicas

5.4.1.1 As fraturas da diáfise do úmero (FDU) representam 3% das fraturas do aparelho locomotor. Estima-se que em torno de 60 novos casos de FDU em adultos são tratados por ano para cada grupo de 600.000 habitantes.

5.4.1.2 Com relação à localização, o terço médio da diáfise direita é o mais acometido e o tipo A da classificação AO é o mais frequente, sendo as do tipo C as mais raras.

5.4.1.3 As fraturas expostas da diáfise do úmero são raras.

5.4.1.4 O tratamento das FDU é, na sua maioria, realizado por meio de métodos não cirúrgicos, com bons resultados funcionais. Entretanto, existem situações e determinados tipos de FDU para as quais o tratamento conservador não se mostra eficaz.

5.4.1.5 Amparados pelos sensíveis progressos das últimas décadas na cirurgia do traumatismo do aparelho locomotor, com melhores técnicas e materiais de osteossíntese, as indicações cirúrgicas nas FDU são: fraturas expostas, segmentares, lesão vascular associada, cotovelo flutuante, fratura patológica, fratura bilateral do úmero, fratura do úmero em pacientes politraumatizados, lesão do nervo radial após manipulação fechada, lesão nervosa após ferimento penetrante, fratura com desalinhamento inaceitável e extensão do traço de fratura para as articulações.

5.4.2 Especificação e Quantidade

- Haste intramedular para úmero em titânio ou liga de titânio bloqueada; ou

- Placa ortopédica tipo DCP larga ou estreita em aço inoxidável, titânio ou liga de titânio com parafusos.

5.4.3 Caráter do Procedimento

- Procedimento predominantemente de urgência.

5.4.4 Exames Comprobatórios

- Resultados dos exames que corroborem a indicação da prótese e procedimento solicitado: exame clínico associado a um exame de imagem, com laudo radiológico evidenciando a patologia.

5.4.5 Honorários Admissíveis nas Fraturas de Diáfise Úmeral-CBHPM

- 3.07.18.05-8 Fratura (incluindo descolamento epifisário) - tratamento cirúrgico;
- 3.07.32.02-6 Enxerto ósseo;
- 3.14.03.12-3 Exploração cirúrgica de nervo (neurólise externa) (correspondente clínico obrigatório).

5.5 Da Autorização para Fraturas de Úmero Distal

5.5.1 Bases Técnicas

5.5.1.1 As fraturas diafisárias do úmero distal são muito menos comuns do que as fraturas supracondilar do úmero. A forma triangular e o periósteo mais fino na região diafisária do que na região supracondilar da diáfise distal tornam difícil o tratamento das fraturas diafisárias.

5.5.1.2 O tratamento conservador para esta fratura é desafiador e problemático, assim, recomenda-se geralmente redução aberta e fixação interna.

5.5.2 Especificação e Quantidade

- Placa ortopédica tipo DCP de pequenos fragmentos em aço inoxidável, titânio ou liga de titânio com parafusos; ou
- Placa ortopédica bloqueada de pequenos fragmentos em titânio ou liga de titânio com parafusos; ou
- Placa ortopédica tipo “úmero distal” lateral e medial em titânio ou liga de titânio com parafusos; ou
- Parafusos ortopédicos canulados de titânio ou liga de titânio.

5.5.3 Caráter do Procedimento

- Procedimento predominantemente de urgência.

5.5.4 Exames Comprobatórios

- Resultados dos exames que corroborem a indicação da prótese e procedimento solicitado: exame clínico associado a um exame de imagem, com laudo radiológico evidenciando a patologia.

5.5.5 Honorários Admissíveis nas Fraturas de Úmero Distal -CBHPM

- 3.07.18.05-8 Fratura (incluindo descolamento epifisário) - tratamento cirúrgico;
- 3.07.32.02-6 Enxerto ósseo;
- 3.14.03.12-3 Exploração cirúrgica de nervo (neurólise externa).

5.6 Da Autorização para Fraturas Olecrano

5.6.1 Bases Técnicas

5.6.1.1 As fraturas do olecrano podem ser causadas por um traumatismo direto ou indireto e estarem associadas à luxações do cotovelo, a fraturas da cabeça do rádio e da apófise coronoide.

5.6.1.2 Os fragmentos têm tendência para apresentar um desvio pela ação do músculo tríceps. A extensão ativa do cotovelo é impossível pela rotura do aparelho extensor. A palpação e mobilização dos

fragmentos podem ser possíveis, devido à posição subcutânea do olecrano.

5.6.1.3 As fraturas podem ser classificadas como: fraturas da ponta, da porção média, da base, com fragmento intermédio, olecrano-coronoideias e cominutivas.

Na ausência de desvio, recomenda-se uma imobilização simples do cotovelo com uma tala gessada posterior durante 3 semanas, seguida de uma reabilitação funcional suave do cotovelo.

5.6.1.4 O tratamento cirúrgico está indicado nas fraturas com desvio: osteossíntese com placa e parafusos nas fraturas mais complexas, e osteossíntese com 2 fios metálicos e cabo metálico em banda de tensão, nas fraturas com traço simples.

5.6.1.5 A excisão do fragmento proximal pode estar indicada nas fraturas muito cominutivas, em osso osteoporótico, seguida pela reinserção do tendão tricipital na ulna.

5.6.2 Especificação e Quantidade

- Até 02 (dois) fios de *Kirschner*; ou

- 01 (um) fio de cerclagem; ou

5.6.2.1 Nas fraturas de olécrano que se estendam até metáfise ulnar será utilizada placa ortopédica tipo “especial de olécrano” bloqueada em titânio ou liga de titânio com parafusos.

5.6.3 Caráter do Procedimento

- Procedimento predominantemente de urgência.

5.6.4 Exames Comprobatórios

- Resultados dos exames que corroborem a indicação da prótese e procedimento solicitado: exame clínico associado a um exame de imagem, com laudo radiológico evidenciando a patologia.

5.6.5 Honorários Admissíveis nas Fraturas do Olécrano-CBHPM

- 3.07.19.10-0 Fraturas e/ou luxações - tratamento cirúrgico.

5.7 Da Autorização para Fraturas da Cabeça do Rádio

5.7.1 Bases Técnicas

5.7.1.1 As fraturas da cabeça do rádio ocorrem habitualmente na faixa etária entre os 20 e 40 anos, e são o resultado de uma compressão axial da cabeça contra o capitellum, provocada por uma queda com o punho em extensão e antebraço em pronação, que força o cotovelo em valgo.

5.7.1.2 A fratura pode estar associada a uma rotura do ligamento medial do cotovelo, que pode causar uma instabilidade articular. Se a cabeça do rádio for excisada a instabilidade será maior. Assim sendo, torna-se importante nestas situações conservar a cabeça do rádio a todo o custo, para conseguir a estabilidade do cotovelo.

5.7.1.3 Estas lesões podem também ocorrer por traumatismo direto, embora com menor frequência.

5.7.1.4 As fraturas da cabeça do rádio podem ser assim classificadas: traço simples (sem deslocamento, com deslocamento <1 mm e com deslocamento >1 mm) e cominutivas (sem deslocamento e com deslocamento).

5.7.1.5 A luxação do cotovelo associada à fratura da cabeça do rádio e à do processo coronoide da ulna é chamada de tríade terrível do cotovelo (TTC).

5.7.1.6 Os princípios do tratamento cirúrgico são: redução e fixação estável do processo coronoide, restauração da anatomia da cabeça do rádio por meio da fixação da fratura ou da sua substituição artroplástica e obtenção da estabilidade lateral pelo reparo do complexo ligamentar lateral e dos restritores secundários (cápsula posterolateral e origem da musculatura extensora do punho). O reparo do ligamento colateral medial está indicado nos pacientes que, durante o ato operatório, ainda assim mantenham instabilidade residual.

5.7.1.7 O fixador externo articulado transarticular pode ser empregado nos casos com instabilidade residual mesmo após a reconstrução cirúrgica das estruturas mencionadas anteriormente.

5.7.2 Especificação e Quantidade

- Placas ortopédicas do tipo “mini-micro” em titânio ou liga de titânio com parafusos; ou
- Poderá ser utilizado a prótese de cabeça de rádio quando o paciente apresentar instabilidade articular com idade de até 60 (sessenta) anos.

5.7.3 Caráter do Procedimento

- Procedimento predominantemente de urgência.

5.7.4 Exames Comprobatórios

- Resultados dos exames que corroborem a indicação da prótese e procedimento solicitado: exame clínico associado a um exame de imagem, com laudo radiológico evidenciando a patologia.

5.7.5 Honorários Admissíveis nas Fraturas da Cabeça do Rádio-CBHPM

- 3.07.19.10-0 Fraturas e/ou luxações - tratamento cirúrgico;
- 3.07.19.08-9 Fraturas/ pseudoartroses / artroses com fixador externo dinâmico - tratamento cirúrgico;
- 3.07.20.14-1 Ressecção da cabeça do rádio e/ou da extremidade distal ulna - tratamento cirúrgico.

5.8 Da Autorização para Fraturas Diafisárias do Antebraço

5.8.1 Bases Técnicas

5.8.1.1 A mobilidade do antebraço está na dependência da integridade anatômica do rádio e da ulna, das duas articulações radioulnares (superior e inferior) e da membrana interóssea. As fraturas afetam a relação do rádio com a ulna (encurtamento, desvio, perda da curvatura radial) limitando o movimento de prono-supinação.

5.8.1.2 Pode ocorrer fratura isolada da ulna, fratura isolada do rádio ou fratura dos dois ossos do antebraço.

5.8.1.3 Deve-se identificar o mecanismo da lesão e distinguir entre traumatismos de alta ou baixa energia cinética. Podem-se encontrar deformidades segundo a natureza do acidente. Deve-se examinar cuidadosamente o cotovelo e o punho procurando uma lesão articular, vascular ou neurológica. Registrar e repetir o exame vasculonervoso distal. O exame radiográfico de frente e perfil deve abranger a articulação do cotovelo e o punho.

5.8.1.4 A maioria das situações são de tratamento cirúrgico através da osteossíntese das fraturas com placas e parafusos e correção das lesões radioulnares. Deste modo, restabelece-se o comprimento dos ossos do antebraço, a curvatura do rádio, a prono-supinação e, em última análise, a anatomia e fisiologia perdidas, garantindo uma mobilização e recuperação funcional precoce.

5.8.1.5 No caso de fraturas dos ossos do antebraço em pacientes com esqueleto imaturo, como outra opção em relação aos fios de *Kirschner*, pode ser realizada estabilização e fixação com hastes intramedulares elásticas ou flexíveis sendo indicadas nas fraturas fechadas, completas mediodiafisárias, com desvio completo dos fragmentos, geralmente acompanhado de cavalgamento, potencialmente instáveis ou com redução difícil. A haste no rádio é introduzida de distal para proximal e, na ulna, no sentido contrário. O diâmetro da haste é de 2/3 do istmo do canal medular.

5.8.2 Especificação e Quantidade

- Placas ortopédicas do tipo DCP bloqueadas ou não-bloqueadas em aço inoxidável, titânio ou liga de titânio com parafusos; ou

- Hastes intramedulares elásticas ou flexíveis de aço, titânio ou liga de titânio para rádio e da ulna de 1,5 a 2,5mm.

5.8.3 Caráter do Procedimento

- Procedimento predominantemente de urgência.

5.8.4 Exames Comprobatórios

- Resultados dos exames que corroborem a indicação da prótese e procedimento solicitado: exame clínico associado a um exame de imagem, com laudo radiológico evidenciando a patologia.

5.8.5 Honorários Admissíveis nas Fraturas Diafisárias do Antebraço-CBHPM

- 3.07.19.10-0 Fraturas e/ou luxações - tratamento cirúrgico;

- 3.07.19.08-9 Fraturas/ pseudoartroses / artroses com fixador externo dinâmico - tratamento cirúrgico;

- 3.07.20.14-1 Ressecção da cabeça do rádio e/ou da extremidade distal ulna - tratamento cirúrgico.

5.9 Da Autorização para Fraturas do Rádio Distal

5.9.1 Bases Técnicas

5.9.1.1 Correspondem às fraturas metafisárias e epifisárias do rádio distal, articulares ou extra-articulares. Englobam as fraturas do quarto distal dos dois ossos do antebraço e as associações com um arrancamento do estilóide radial. Acompanham-se por lesões radioulnares distais ou intracárpicas.

5.9.1.2 Resultam de uma queda sobre a mão com o punho em hiperextensão (fraturas com desvio dorsal), em hiperflexão (fraturas com desvio palmar), em inclinação radial ou em inclinação ulnar.

5.9.1.3 No caso de não se conseguir uma redução aceitável da fratura ou a fratura mostrar-se instável, é preferível recorrer a um tratamento cirúrgico.

5.9.1.4 As fraturas extra-articulares e estáveis poderão ser tratadas de maneira conservadora ou com fixação com fio de *Kirschner* e imobilização.

5.9.1.5 Em pacientes idosos com fraturas cominutivas instáveis utiliza-se a placa bloqueada Volar em aço ou liga de titânio.

5.9.1.6 Em pacientes jovens com fraturas articulares utiliza-se também a placa bloqueada Volar em aço ou liga de titânio.

5.9.1.7 Em situações de graves lesões ligamentares, encurtamento radial importante e outras situações como fraturas expostas e politrauma, poderá ser utilizado fixador externo de punho como tratamento definitivo.

5.9.2 Especificação e Quantidade

- Até 02 (dois) fios de *Kirschner*; ou
- Placas ortopédicas do tipo “Volar” bloqueada em aço inoxidável, titânio ou liga de titânio com parafusos; ou
- Fixador ortopédico externo de punho*.

5.9.3 Caráter do Procedimento

- Procedimento predominantemente de urgência.

5.9.4 Exames Comprobatórios

- Resultados dos exames que corroborem a indicação da prótese e procedimento solicitado: exame clínico associado a um exame de imagem, com laudo radiológico evidenciando a patologia.

5.9.5 Honorários Admissíveis nas Fraturas do Rádio Distal-CBHPM

- 3.07.20.09-5 Fraturas e/ou luxações (incluindo descolamento epifisário cotovelo-punho) - tratamento cirúrgico;
- 3.07.20.17-6 tratamento cirúrgico de fraturas com fixador externo (*quando aplicável).

5.10 Da Autorização para Fraturas do Escafóide

5.10.1 Bases Técnicas

5.10.1.1 Estas fraturas representam 15% a 20% das fraturas do membro superior, sendo mais frequentes no gênero masculino, com um pico entre os 20 e 30 anos e por volta dos 50 anos.

5.10.1.2 Resultam de um traumatismo indireto, uma queda com o punho em hiperextensão e desvio radial.

5.10.1.3 As fraturas do escafóide classificam-se como: polares superiores, do colo anatômico e polares inferiores.

5.10.1.4 O tratamento destas fraturas é determinado pelo desvio e estabilidade da fratura. As fraturas sem desvio e estáveis são geralmente tratadas com imobilização gessada, podendo também ser tratadas por osteossíntese minimamente invasiva (percutânea).

2.10.1.5 Nas fraturas com desvio e instáveis procede-se a uma osteossíntese (por via minimamente invasiva) ou pelo método aberto com parafusos de pequenos fragmentos ou parafusos autocompressivos de Herbert.

5.10.2 Especificação e Quantidade

- Até 02 (dois) fios de *Kirschner*; ou

- Parafusos ortopédicos de pequenos fragmentos em aço inoxidável, titânio ou liga de titânio; ou
- Parafusos ortopédicos autocompressivos de Herbert em aço inoxidável, titânio ou liga de titânio; ou
- Poderá ser utilizado até 03 (três) âncoras ortopédicas metálicas ou bioabsorvíveis em caso de instabilidade do carpo.

5.10.3 Caráter do Procedimento

- Procedimento predominantemente de urgência.

5.10.4 Exames Comprobatórios

- Resultados dos exames que corroborem a indicação da prótese e procedimento solicitado: exame clínico associado a um exame de imagem, com laudo radiológico evidenciando a patologia.

Honorários Admissíveis nas Fraturas do Escafoide-CBHPM:

- 3.07.21.19-9 Fraturas e/ou luxações do punho - tratamento cirúrgico;
- 3.07.21.23-7 Reparação ligamentar do carpo;
- 3.07.21.16-4 Fraturas - fixador externo;
- 3.07.22.48-9 Ligamentoplastia com âncora.

5.11 Da Autorização para Fraturas do Metacarpo

5.11.1 Bases Técnicas

5.11.1.1 As fraturas dos ossos metacárpicos podem localizar-se no colo, na diáfise, na base ou envolver a cabeça e a cartilagem articular. Os desvios destas fraturas são causados pela tração exercida pelos músculos flexores e interósseos. As fraturas com traço cominutivo e oblíquo são, em princípio, mais instáveis do que as fraturas com traço transversal.

5.11.1.2 Se não se conseguir uma redução e contenção aceitáveis procede-se ao tratamento cirúrgico (redução e fixação da fratura com fios metálicos ou osteossíntese com placa e parafusos).

5.11.1.3 Nas fraturas expostas pode estar indicado a aplicação de mini-fixadores externos, em casos de sujidade excessiva e ou perda de substância.

5.11.2 Especificação e Quantidade

- Até 02 (dois) fios de *Kirschner* por metacarpo; ou
- Placa ortopédica do tipo “mini-micro” em aço inoxidável, titânio ou liga de titânio com parafusos; ou
- Fixador ortopédico externo.

5.11.3 Caráter do Procedimento

- Procedimento predominantemente de urgência.

5.11.4 Exames Comprobatórios

- Resultados dos exames que corroborem a indicação da prótese e procedimento solicitado: exame clínico associado a um exame de imagem, com laudo radiológico evidenciando a patologia.

5.11.5 Honorários Admissíveis nas Fraturas do Metacarpo-CBHPM

- 3.07.22.33-0 Fixador externo em cirurgia da mão;
- 3.07.22.41-1 Fraturas de falanges ou metacarpianos - tratamento cirúrgico;
- 3.07.22.43-8 Fraturas e/ou luxações de falanges (interfalangeanas) - tratamento cirúrgico;
- 3.07.22.41-1 Fraturas de falanges ou metacarpianos - tratamento cirúrgico;
- 3.07.22.53-5 Osteossíntese de fratura de falange e metacarpeana com uso de miniparafuso;
- 3.07.22.46-2 Lesões ligamentares agudas da mão - reparação cirúrgica;
- 3.07.22.48-9 Ligamentoplastia com âncora.

5.12 Da Autorização para Fraturas de Falanges

5.12.1 Bases Técnicas

5.12.1.1 Destacamos as fraturas das falanges proximal e média e as fraturas da falange distal.

5.12.1.2 As fraturas da diáfise da falange proximal apresentam, em regra, uma angulação de abertura dorsal. O fragmento proximal bascula em flexão por ação dos músculos interósseos e o fragmento distal em extensão por ação do aparelho extensor.

5.12.1.3 Nas fraturas diafisárias da falange média a angulação da fratura varia consoante a localização do traço de fratura relativamente à inserção do tendão do flexor superficial. Assim, a angulação é dorsal se estiver localizado numa posição distal à inserção tendinosa e palmar se o traço estiver localizado numa posição proximal.

5.12.1.4 As fraturas diafisárias sem desvio tratam-se com uma imobilização em tala de alumínio maleável (tala de “Zimmer”), durante 4-5 semanas, com o segmento digital em posição de função ou, ainda melhor, usando a sindactilização de dois dedos com adesivo. Este último método protege a falange fraturada e permite o movimento das articulações digitais.

5.12.1.5 As fraturas com desvio devem ser reduzidas e imobilizadas em flexão ou em extensão de acordo com o desvio inicialmente apresentado. Nas proximais o dedo deve ser imobilizado em flexão marcada, especialmente a nível da interfalângica proximal. Nas da falange média, se a angulação for dorsal o dedo imobiliza-se em flexão, se a angulação for palmar, deve-se imobilizar em extensão.

5.12.1.6 Nas situações em que não se consegue uma redução aceitável da fratura, ou nos casos em que ocorreu um desvio secundário no decurso do tratamento ortopédico, está indicada a intervenção cirúrgica. Assim, procede-se a redução e fixação da fratura com fios metálicos, parafusos ou placas e parafusos.

5.12.1.7 Nas fraturas articulares, salvo nas estáveis que não apresentam desvio, procura-se sempre que possível uma redução anatômica e fixação por método cirúrgico (fios metálicos, parafusos) a fim de se evitar a doença fraturária óssea (atrofia das partes moles, rigidez articular, osteoporose) e a evolução para a artrose. Se o fragmento da fratura articular for de grande dimensão associam-se, em regra, uma subluxação ou luxação da articulação, que é urgente para reduzir e estabilizar.

5.12.1.8 A maioria destas fraturas é estável devido ao suporte dorsal proporcionado pelas unhas e ao suporte palmar conferido pela polpa digital com os seus septos fibrosos e, por isso, podem ser tratadas com uma tala de alumínio maleável durante 2 semanas.

5.12.1.9 Todavia, as fraturas associadas à perda das partes moles (esfacelos, expostas) podem perder esse suporte e, por isso, devem ser estabilizadas com fios metálicos, após limpeza e desbridamento cirúrgicos.

5.12.1.10 Por outro lado, as fraturas cominutivas estão associadas ao esmagamento da falange distal, não sendo avesso à sua amputação.

5.12.2 Especificação e Quantidade

- Até 02 (dois) fios de *Kirschner* por metacarpo; ou
- Placa ortopédica do tipo “mini-micro” em aço inoxidável, titânio ou liga de titânio com parafusos; ou
- Fixador ortopédico externo.

5.12.3 Caráter do Procedimento

- Procedimento predominantemente de urgência.

5.12.4 Exames Comprobatórios

- Resultados dos exames que corroborem a indicação da prótese e procedimento solicitado: exame clínico associado a um exame de imagem, com laudo radiológico evidenciando a patologia.

5.12.5 Honorários Admissíveis nas Fraturas de Falanges-CBHPM

- 3.07.22.33-0 Fixador externo em cirurgia da mão;
- 3.07.22.41-1 Fraturas de falanges ou metacarpianos - tratamento cirúrgico;
- 3.07.22.43-8 Fraturas e/ou luxações de falanges (interfalangeanas) - tratamento cirúrgico;
- 3.07.22.41-1 Fraturas de falanges ou metacarpianos - tratamento cirúrgico;
- 3.07.22.53-5 Osteossíntese de fratura de falange e metacarpeana com uso de miniparafuso;
- 3.07.22.46-2 Lesões ligamentares agudas da mão - reparação cirúrgica.

5.13 Fixadores Externos em Traumas de MMSS

5.13.1 Bases Técnicas

5.13.1.1 A utilização dos fixadores ortopédicos externos nos traumas ortopédicos de membros superiores, encontram-se fundamentados quando utilizados em:

- a. fraturas expostas de úmero por: lesões vasculares e nervosas, lesões importantes de pele, tratamento para as complicações de trauma (osteomielite, pseudoartroses infectadas e perdas ósseas importantes);
- b. nas fraturas graves do cotovelo com grande destruição articular e instabilidade poderá ser feito fixador externo articulado e deverão ser analisados pela Camara Técnica;

c. fraturas expostas de antebraço, lesões vasculares e nervosas, lesões importantes de pele, tratamento para as complicações de trauma (osteomielite, pseudoartroses infectadas e perdas ósseas importantes).

5.13.2 Cuidados Pré-alta Hospitalar

5.13.2.1 Orientação com cuidados de pele (asepsia peri-pinos) e do fixador e os seus sinais de alerta.

5.13.2.2 Orientação do prognóstico e tempo de uso do fixador.

5.13.2.3 Orientações específicas sobre o fixador e a sua utilização.

5.13.2.4 Avaliação periódica das condições loco-regionais de pele, em caso de internação hospitalar até conversão para procedimento definitivo.

5.13.2.5 Recomenda-se agendamento fisioterápico ainda no período do pós-op imediato e para o pós-alta.

5.13.2.6 Recomenda-se o acompanhamento psicoterápico ao paciente com fixador externo.

5.13.3 Cuidados Pós-alta Hospitalar.

5.13.3.1 Controle anti-álgico.

5.13.3.2 Avaliação neurovascular.

5.13.3.3 Cuidados de asepsia rigorosos locais e cirúrgica e com o próprio fixador.

5.13.3.4 Peridiocidade no acompanhamento ambulatorial (mínimo de 2 consultas no primeiro mês e uma nos meses subsequentes).

5.13.3.5 Acompanhamento da evolução fisioterápica.

5.13.3.6 Necessidade do acompanhamento da evolução radiológica.

5.14 Da Autorização para Tratamento de Infecções no Trauma Ortopédico

5.14.1 Primeiro Tempo Cirúrgico

5.14.1.1 Bases Técnicas

5.14.1.1.1 Lavagem cirúrgica exaustiva em ambiente asséptico.

5.14.1.1.2 Recomenda-se antibioticoterapia dirigida, se possível orientada por profissional infectologista, e lavagem exaustiva do sítio.

5.14.1.1.3 Curativos cirúrgicos.

5.14.1.1.4 Recomenda-se a retirada das próteses e materiais de síntese implantados em caso de sepse ou após falhas múltiplas de curativos cirúrgicos. Nesta oportunidade pode utilizar fixadores externos a critério da equipe assistente.

5.15 Da Autorização para Tratamento das Fraturas da Cintura Pélvica

5.15.1 Bases Técnicas

5.15.1.1 Durante o século XX, a letalidade das vítimas de trauma com fraturas pélvicas diminuiu significativamente, estando, atualmente entre 5% e 17%. Contudo, estas taxas aumentam para 25% a 35% quando são considerados os pacientes com fraturas pélvicas instáveis, apesar do emprego organizado de várias medidas para diagnóstico precoce do foco de sangramento, transfusões de sangue, tratamento da coagulopatia e hemostasia precoce.

5.15.1.2 A maioria das fraturas pélvicas não traz desafios específicos para o seu tratamento, são estáveis e não acarretam maior chance de sangramento retroperitoneal. O prognóstico destes doentes está relacionado principalmente à presença e à gravidade das lesões associadas¹. Todavia, em doentes com fraturas complexas e instáveis, a hemorragia retroperitoneal pode ser letal.

5.15.1.3 Para fins de caracterização de tratamento adotamos:

5.15.1.3.1 Estáveis

- Incluindo as fraturas de ramo ísquio-pubiana e fraturas acetabulares com deslocamento inferior a 2mm são tratadas conservadoramente. Assim como fraturas isoladas e com pequeno deslocamento da asa do íliaco.

5.15.1.3.2 Instáveis

- As fraturas instáveis com comprometimento do anel pélvico e as fraturas acetabulares com deslocamento superior a 2mm da superfície articular possuem indicação cirúrgica. As instabilidades de sínfise pubiana (*“open book”*) e verticais, são graves e merecem atenção máxima de urgência obedecendo um planejamento operatório, recomendando-se o uso de fixadores externos pélvicos.

5.15.2 Especificação e Quantidade

- Placa ortopédica de reconstrução acetabular em aço inoxidável, titânio ou liga de titânio com parafusos; ou

- Até 02 (duas) placas ortopédicas tipo DCP em aço inoxidável com até 08 (oito) parafusos; ou

- Parafusos ortopédicos canulados do tipo “sacro-íliacos) em titânio ou liga de titânio; ou

- Fixador ortopédico externo.

5.15.3 Caráter do Procedimento

- Procedimento predominantemente de urgência.

5.15.4 Exames Comprobatórios

- Resultados dos exames que corroborem a indicação da prótese e procedimento solicitado: exame clínico associado a um exame de imagem, com laudo radiológico evidenciando a patologia.

5.15.5 Honorários Admissíveis nas Fraturas Pélvicas-CBHPM

- 3.07.23.05-1 Fraturas e luxações do anel pélvico com uma ou mais abordagens;

- 3.07.23.04-3 Fratura/luxação com fixador externo - tratamento cirúrgico;

- 3.07.23.08-6 Artrodese.

CAPÍTULO VI

DIRETRIZES PARA O TRATAMENTO CIRÚRGICO DO TRAUMA EM MEMBROS INFERIORES (MMII)

6.1 Da Autorização para Fêmur Proximal

6.1.1 Bases Técnicas

6.1.1.1 A fratura da cabeça do fêmur foi descrita pela primeira vez por Birket em 1869, após necropsia. Lesão rara, sua incidência tem aumentado proporcionalmente ao número de acidentes automobilísticos, que é o fator etiológico mais frequente. A maioria dos casos dessa fratura está associada com luxação posterior do quadril, com relatos isolados de associação com luxação anterior.

6.1.1.2 Além do tratamento incruento, temos as opções cirúrgicas que variam desde a ressecção do fragmento da cabeça femoral, fixação, artrodese ou artroplastia primária.

6.1.1.3 A falta de uniformidade nos critérios utilizados entre os autores na classificação das lesões e na avaliação da evolução clínica, associada a séries com pequeno número de casos, dificultam a comparação dos resultados para formação de diretrizes no tratamento dessas lesões.

6.1.2 Especificação e Quantidade

6.1.2.1 Após análise e discussão dos casos opta-se por atender as seguintes diretrizes de tratamento:

6.1.2.1.1 Fraturas da Cabeça Femoral

- Parafusos ortopédicos ósseos canulados, parcialmente roscados, possuindo rosca proximal e rosca distal (Parafuso de “Herbert”) em titânio ou liga de titânio.
- Parafusos ortopédicos canulados de pequenos fragmentos em titânio ou liga de titânio.

6.1.2.1.2 Fraturas do Colo Femoral

- Parafusos ortopédicos canulados em titânio ou liga de titânio de grandes fragmentos.

6.1.3 Caráter do Procedimento

- Procedimento predominantemente de urgência.

6.1.4 Exames Comprobatórios

- Resultados dos exames que corroborem a indicação da prótese e procedimento solicitado: exame clínico associado a um exame de imagem, com laudo radiológico evidenciando a patologia.

6.1.5 Honorários Admissíveis nas Fraturas Proximal de Fêmur-CBHPM

- 3.07.24.18-0 Fratura e/ou luxação e/ou avulsão coxo-femoral - tratamento cirúrgico.

6.2 Da Autorização para Fraturas Transtrocanterianas

6.2.1 Bases Técnicas

6.2.1.1 As fraturas transtrocanterianas correspondem às fraturas extracapsulares do fêmur proximal compreendidas entre os trocânteres maior e menor. Das 250.000 fraturas do fêmur proximal que anualmente ocorrem nos EUA, 25% são transtrocanterianas. Anualmente, um em cada 1.000 habitantes

nos países desenvolvidos é acometido. Estima-se que em 2050 a incidência será três vezes maior e que o custo anual do tratamento de US\$ 8 bilhões seja dobrado. Assim, são consideradas um dos principais problemas de saúde pública do mundo.

6.2.1.2 São as fraturas mais frequentemente operadas, com a maior taxa de mortalidade associada (12-41% nos primeiros seis meses), e 90%, decorrentes de trauma de baixa energia, ocorrem em pacientes acima de 65 anos.

6.2.1.3 O tratamento é eminentemente cirúrgico. É não operatório apenas excepcionalmente nos pacientes com comorbidades que contraindiquem a anestesia, a cirurgia ou ambas. É fundamental a determinação da estabilidade da fratura para adequada escolha do método empregado. São consideradas instáveis as fraturas que acometem a cortical póstero-medial e apresentam traço reverso ou extensão subtrocanteriana. Recentemente foi reconhecida a importância chave da cortical lateral na estabilidade regional.

6.2.2 Especificação e Quantidade

6.2.2.1 Para Fraturas Estáveis

- Parafusos deslizantes de quadril (DHS) em aço inoxidável bloqueado para pacientes com sinais de osteoporose;
- Parafusos deslizantes de quadril (DHS) em aço inoxidável não bloqueado para pacientes sem sinais de osteoporose.

6.2.2.2 Para Fraturas Instáveis

- Haste cefalomedular (PFN) em titânio, independente da idade do paciente e que possua condições cirúrgicas para o procedimento.
- Placa ortopédica com parafusos deslizantes (DCS-DHS) em aço inoxidável para pacientes com comorbidades importantes que inviabilizem o uso de PFN.

6.2.3 Caráter do Procedimento

- Procedimento predominantemente de urgência.

6.2.4 Exames Comprobatórios

- Resultados dos exames que corroborem a indicação da prótese e procedimento solicitado: exame clínico associado a um exame de imagem, com laudo radiológico evidenciando a patologia.

6.2.5 Honorários Admissíveis nas Fraturas Transtrocanteriana de Fêmur-CBHPM

- 3.07.25.12-7 Fraturas de fêmur - tratamento cirúrgico.

6.3 Da Autorização para Fraturas Subtrocanterianas

6.3.1 Bases Técnicas

6.3.1.1 A fratura peritrocantérica é uma das causas mais graves de mortalidade e morbidade em idosos. As fraturas subtrocanterianas representam aproximadamente 10-30% de todas as fraturas peritrocantéricas e afetam pessoas de todas as idades.

6.3.1.2 A região subtrocanteriana do fêmur é geralmente reconhecida como a área do fêmur abaixo da borda inferior do trocânter menor, estendendo-se distalmente 7,5cm até a junção do terço proximal e

médio do fêmur. Mais frequentemente, essas fraturas são observadas em duas populações de pacientes, a saber, pacientes osteopênicos mais velhos após uma queda de baixa energia e pacientes mais jovens envolvidos em trauma de alta energia.

6.3.1.3 Em pacientes idosos, pequenos deslizamentos ou quedas que levam ao trauma lateral direto da anca são o mecanismo mais frequente de lesão. Esta faixa etária também é susceptível a doença metastática que pode levar a fraturas patológicas. Em pacientes mais jovens, o mecanismo de lesão é sempre trauma de alta energia, seja direto ou de carga axial (por exemplo, uma queda de altura), que muitas vezes cria uma fratura cominutiva.

6.3.1.4 A intervenção cirúrgica precoce é defendida na maioria destes pacientes para reduzir as complicações associadas à imobilização prolongada. O objetivo da cirurgia é conseguir estabilidade inicial e mobilização precoce dos pacientes para evitar complicações, como trombose venosa profunda, tromboflebite, embolia pulmonar, infecção urinária, pulmonar e úlceras.

6.3.1.5 A dificuldade envolvida no tratamento desta fratura deve-se em parte ao fato deste padrão de lesão ser anatomicamente diferente de outras fraturas peritrocantéricas femorais proximais e também às características difíceis das fraturas de eixo femoral. Como resultado, ela deve ser tratada com implantes especialmente projetados que podem sustentar forças musculares significativas por períodos prolongados de cicatrização.

6.3.1.6 As principais opções de tratamento das fraturas subtrocantéricas do fêmur podem ser divididas em dois grupos: as hastes cefalomedulares e os sistemas laterais de placas com parafusos. O uso da fixação intramedular em fraturas peritrocantéricas é considerado como primeira opção. Dispositivos tradicionais (DCS-DHS) só podem fornecer tratamento limitado para fraturas peritrocantéricas. É relatado em literatura que a taxa de reoperação do DCS-DHS é de cerca de três vezes maior que as das hastes intramedulares (8,2% e 24%).

6.3.2 Especificação e Quantidade

- Haste cefalomedular (PFN) em titânio, independente da idade do paciente e que possua condições cirúrgicas para o procedimento.

- Placa ortopédica com parafusos deslizantes (DCS-DHS) em aço inoxidável para pacientes com comorbidades importantes que inviabilizem o uso de PFN.

6.3.3 Caráter do Procedimento

- Procedimento predominantemente de urgência.

6.3.4 Exames Comprobatórios

- Resultados dos exames que corroborem a indicação da prótese e procedimento solicitado: exame clínico associado a um exame de imagem, com laudo radiológico evidenciando a patologia.

6.3.5 Honorários Admissíveis nas Fraturas Subtrocanterianas de Fêmur-CBHPM

- 3.07.25.12-7 Fraturas de fêmur - tratamento cirúrgico.

6.4 Da Autorização para Fraturas Diafisárias

6.4.1 Bases Técnicas

6.4.1.1 As fraturas da região supracondiliana do fêmur são lesões complexas, habitualmente de difícil tratamento. Correspondem a aproximadamente 7% de todas as fraturas do fêmur e a 31% delas, se excluídas as fraturas do fêmur proximal.

6.4.1.2 A causa mais frequente na população idosa é a queda da própria altura com o joelho fletido e, em pacientes jovens, é o trauma de alta energia (acidentes automobilísticos, quedas de altura), geralmente levando a forças em varo, valgo ou rotacionais com carga axial. As lesões ligamentares podem estar associadas em torno de 20% dos casos, assim como fraturas do acetábulo, do colo e diáfise femorais e do platô tibial.

6.4.1.3 Uma característica peculiar dessa fratura é a deformidade causada pela ação dos diversos grupos musculares agindo no joelho (quadríceps, isquiotibiais, gastrocnêmio e adutores), levando a desvios dos fragmentos, principalmente em hiperextensão pela ação do gastrocnêmio, havendo necessidade de redução cruenta e fixação interna.

6.4.1.4 O melhor método de fixação das fraturas supracondilíneas do fêmur ainda é motivo de controvérsia. Vários implantes são utilizados para a fixação desse tipo de fratura sem, no entanto, haver consenso a respeito de qual seria o mais estável biomecanicamente. Além da fixação intramedular retrógrada, destacam-se as placas com lâmina angulada a 95º e as placas com parafuso condilar dinâmico DCS (*Dynamic Condylar Screw*).

6.4.1.5 A placa-lâmina proporciona excelente fixação e é considerada a de maior resistência às forças de angulação e torção, apesar da maior dificuldade técnica. Já o DCS, pelo fato de ser mais espesso que a placa-lâmina, provoca, em teoria, maior destruição óssea. Estudos comparando o DCS com hastes intramedulares retrógradas e anterógradas mostram resultados conflitantes. Com base em dados de literatura adotamos os seguintes parâmetros:

6.4.2 Especificação e Quantidade

6.4.2.1 Para Fraturas em 1/3 Proximal

- Haste femoral anterógrada em titânio ou liga de titânio, ou;
- Haste cefalomedular (PFN) longa em titânio ou liga de titânio, ou;
- Placa ortopédica com parafusos deslizantes (DCS-DHS) em aço inoxidável.

6.4.2.2 Para Fraturas Distais

- Haste femoral retrógrada em titânio em pacientes obesos, fraturas segmentares ou joelho flutuante, ou;
- Placa-lâmina distal bloqueada em titânio ou liga de titânio com parafusos para pacientes idosos, falhas de síntese e fraturas cominutivas, ou;
- Placa ortopédica com parafusos deslizantes (DCS-DHS) em aço inoxidável nos casos onde a equipe cirúrgica julgar necessário.

6.4.3 Caráter do Procedimento

- Procedimento predominantemente de urgência.

6.4.4 Exames Comprobatórios

- Resultados dos exames que corroborem a indicação da prótese e procedimento solicitado: exame clínico associado a um exame de imagem, com laudo radiológico evidenciando a patologia.

6.4.5 Honorários Admissíveis nas Fraturas Diafisárias de Fêmur-CBHPM

- 3.07.25.12-7 Fraturas de fêmur - tratamento cirúrgico.

6.5 Da Autorização para Fraturas Articulares de Fêmur Distal

6.5.1 Bases Técnicas

6.5.1.1 Um traumatismo direto ou uma queda de altura podem levar a tibia para trás na fossa intracondilar. Um dos côndilos femorais pode estar fraturado e jogado para trás ou, então, ambos os côndilos podem ser separados.

6.5.1.2 As fraturas femorais unicondilares podem ser classificadas em: fraturas do côndilo lateral e fraturas do côndilo medial.

6.5.1.3 As fraturas do côndilo lateral compreendem cerca de aproximadamente dois terços das fraturas unicondilares. Tipicamente a linha de fratura começa na região intercondilar e corre tanto transversalmente ou oblíqua e lateralmente. O ligamento cruzado anterior e parte ou todo o ligamento colateral lateral permanecem fixados ao fragmento.

6.5.1.4 Já as fraturas do côndilo medial são menos comuns do que aquelas do côndilo lateral. Elas usualmente correm em uma direção sagital para incluir o ligamento colateral medial, mas usualmente não o ligamento cruzado posterior.

6.5.1.5 A fratura intercondiliana de fêmur é relativamente incomum, esta fratura grave é em geral resultado de uma queda de altura considerável sobre o joelho fletido. A superfície articular cuneiforme da patela é forçada como uma cunha entre os dois côndilos e fende um ou ambos, separando-os da diáfise. Deste modo, o componente vertical da fratura é sempre intra-articular. Proximalmente, pode haver um componente transversal, caso em que os traços fraturários cominutivos têm a forma de T.

6.5.2 Especificação e Quantidade

- Parafusos ortopédicos canulados em titânio ou liga de titânio de grandes fragmentos;
- Placa-lâmina distal bloqueada em titânio ou liga de titânio com parafusos.

6.5.3 Caráter do Procedimento

- Procedimento predominantemente de urgência.

6.5.4 Exames Comprobatórios

- Resultados dos exames que corroborem a indicação da prótese e procedimento solicitado: exame clínico associado a um exame de imagem, com laudo radiológico evidenciando a patologia.

6.5.5 Honorários Admissíveis nas Fraturas Articulares de Fêmur-CBHPM

- 3.07.25.12-7 Fraturas de fêmur - tratamento cirúrgico.

6.6 Da Autorização para Fraturas Complexas de Fêmur - Fixadores Externos

6.6.1 Bases Técnicas

6.6.1.1 As fraturas diafisárias de fêmur ocorrem, na maioria das vezes, em adultos jovens (18 a 40 anos), do sexo masculino compreendendo 55% dos casos, havendo predominância do lado direito e que decorrem, principalmente, de traumas de alta energia cinética. Assim, associam-se geralmente às quedas, a acidentes de trabalho, acidentes automobilísticos, ferimentos por arma de fogo (PAF) e ferimento por arma branca (PAB), caracterizando as causas externas.

6.6.1.2 Em especial, as fraturas no terço médio do fêmur podem causar risco de morte pela probabilidade de complicações, tais como sequestração sanguínea, lesão arterial, infecção, além de associação com outros traumas e fraturas. Sendo assim, o tratamento das fraturas do fêmur muitas vezes está mais na dependência do tratamento dessas complicações do que da fratura propriamente dita.

6.6.1.3 A base para o tratamento dessa fratura é quase sempre cirúrgica, sendo abordado o tratamento de cirurgia por fixação externa, por ser um dos tratamentos de primeira escolha, principalmente em fraturas expostas, quando o paciente corre risco iminente de morte e/ou de perda do membro, e atualmente, não é somente usada para estabilizar fraturas, mas também como alongador e compressor do osso, transportador de fragmentos ósseos e redutores de fraturas.

6.6.1.4 São empregados os fixadores externos dos tipos lineares, semi-circulares, circulares, articulares e os chamados especiais.

6.6.2 Especificação e Quantidade

6.6.2.1 Para critérios de elegibilidade optamos:

6.6.2.1.1 Fixadores Externos Lineares

-Indicações: lesão vascular importante associada, fraturas expostas (grau I, II e III), infecções associadas, osteomielite.

6.6.2.1.2 Fixadores Externos Semi-Circulares, Circulares, Articulares e/ou Especiais

- Poderão ser utilizados para tratamento de sequelas de fratura ou patologias ou deformidades importantes de fêmur conforme análise e pré-aprovação da Câmara Técnica de Trauma da Diretoria de Saúde.

6.6.3 Caráter do Procedimento

- Procedimento predominantemente de urgência para os casos de fixadores externos lineares e eletivo para os demais.

6.6.4 Exames Comprobatórios

- Resultados dos exames que corroborem a indicação da prótese e procedimento solicitado: exame clínico associado a um exame de imagem, com laudo radiológico evidenciando a patologia.

6.6.5 Honorários Admissíveis nas Fraturas de Fêmur com uso de Fixador Externo Linear-CBHPM

- 3.07.25.12-7 Fraturas de fêmur - tratamento cirúrgico.

6.7 Da Autorização para Fraturas de Tíbia Proximal (Platô Tibial)

6.7.1 Bases Técnicas

6.7.1.1 As fraturas do platô tibial são relativamente raras, representando aproximadamente 1,2% de todas as fraturas, com frequência semelhante à das fraturas do calcâneo e da diáfise do úmero.

6.7.1.2 A direção e magnitude do trauma, bem como a posição do joelho na hora do impacto determinam o padrão da fratura, sua localização e grau de desvio. Geralmente as fraturas com um componente cisalhante posterior costumam decorrer de um trauma com compressão axial com o joelho fletido ou semi-fletido.

6.7.1.3 Nesses casos que o traço da fratura ocorre no plano coronal, esse fragmento tende a cisalhar em direção posterior, e a fixação deste fragmento é um desafio ao ortopedista, não existindo consenso quanto ao melhor método de estabilizá-lo. Pode ser fixado por via anterior através de parafusos de tração da frente para trás, ou por via posterior e colocação de placas de apoio, teoricamente mais eficientes do ponto de vista biomecânico.

6.7.1.4 Avanços significativos foram feitos no modo de diagnosticar e tratar essas lesões.

6.7.2 Especificação e Quantidade

- Parafusos ortopédicos canulados em aço inoxidável, titânio ou liga de titânio de grandes fragmentos com ou sem arruela; ou

- Placa ortopédica tipo “L” bloqueada em aço inoxidável, titânio ou liga de titânio com parafusos; ou

- Placa ortopédica tipo “GOLF” bloqueada em aço inoxidável, titânio ou liga de titânio com parafusos; ou

- Placa ortopédica tipo “DCP” bloqueada em aço inoxidável com parafusos; ou

- Em casos onde ocorram perda cutânea ou inviabilidade cutânea loco-regional poderá ser utilizado fixadores externos híbridos.

6.7.3 Caráter do Procedimento

- Procedimento predominantemente de urgência.

6.7.4 Exames Comprobatórios

- Resultados dos exames que corroborem a indicação da prótese e procedimento solicitado: exame clínico associado a um exame de imagem, com laudo radiológico evidenciando a patologia.

6.7.5 Honorários Admissíveis nas Fraturas do Platô Tibial-CBHPM

- 3.07.27.13-8 Fraturas de tíbia associada ou não a fíbula (inclui descolamento epifisário) - tratamento cirúrgico;

- 3.07.32.02-6 Enxerto ósseos.

6.8 Da Autorização para Fraturas Diafisárias de Tíbia

6.8.1 Bases Técnicas

6.8.1.1 As fraturas expostas da diáfise da tíbia, geralmente resultam de traumas de alta energia e apresentam extenso dano de partes moles associado. Em alguns casos, devido ao prognóstico ruim, evoluem para deficiência física do membro ou amputação nos pacientes mais graves.

6.8.1.2 Há muitos anos, os fixadores externos são considerados o principal tratamento emergencial das fraturas expostas graves da tíbia. As principais vantagens do fixador externo são: rápida instalação; presença de pouco implante no ferimento; facilidade para inspeção da ferida; proporciona uma manipulação pouco dolorosa ao doente e boa estabilidade da fratura.

6.8.1.3 Devido ao alto índice de retardo de consolidação e infecção no trajeto dos pinos, os fixadores externos são utilizados como método temporário para controle de danos e posterior conversão para haste intramedular.

6.8.1.4 Atualmente, preconiza-se a fixação primária definitiva com haste intramedular das fraturas expostas da diáfise da tíbia até o grau IIIA de Gustilo et al.

6.8.2 Especificação e Quantidade

- Haste intramedular bloqueada de tíbia em aço inoxidável, titânio ou liga de titânio fresada ou não-fresada; ou
- Placa ortopédica bloqueada em aço inoxidável, titânio ou liga de titânio com parafusos; ou
- Em casos onde ocorram perda cutânea ou inviabilidade cutânea loco-regional poderá ser utilizado fixadores externos híbridos.

6.8.3 Caráter do Procedimento

- Procedimento predominantemente de urgência.

6.8.4 Exames Comprobatórios

- Resultados dos exames que corroborem a indicação da prótese e procedimento solicitado: exame clínico associado a um exame de imagem, com laudo radiológico evidenciando a patologia.

6.8.5 Honorários Admissíveis nas Fraturas da Diáfise Tibial-CBHPM

- 3.07.27.13-8 Fraturas de tíbia associada ou não a fíbula (inclui descolamento epifisário) - tratamento cirúrgico.

6.9 Da Autorização para Fraturas do Pilão Tibial

6.9.1 Bases Técnicas

6.9.1.1 Com o recrudescimento dos acidentes de transporte, cresce também o número dos casos de fratura, e um dos tipos mais comum relacionado a essa etiologia é a fratura do pilão tibial, causada por trauma de alta energia cinética. Caracterizam-se por cominuição das superfícies articulares e metafisárias, pelo deslocamento proximal do tálus e por graves lesões de partes moles.

6.9.1.2 Essas fraturas são classificadas por *Rüedi* e *Allgöwer* em três tipos baseados no grau de cominuição articular: tipo I fraturas não deslocadas; tipo II fraturas deslocadas porém minimamente cominuídas; tipo III fraturas altamente deslocadas e cominuídas.

6.9.1.3 O termo pilão tibial foi introduzido em 1911 pelo médico radiologista francês Étienne Destot, que para descrever a metáfise distal da tíbia, ele comparou à mão do almofariz usada pelos farmacêuticos para moer pequenas quantidades de produtos, instrumento este denominado pelos franceses como “*pilon*”. Em 1950 Bonnin, focando o envolvimento da articulação tibiotalar chamou esta articulação de “*plafond*” (teto), ressaltando a gravidade deste tipo de fratura e o grande desafio em tratá-las.

6.9.1.4 São fraturas resultantes de trauma de alta energia, com lesões graves de partes moles associadas com grande edema de pé e tornozelo causando desde flictenas hemorrágicas, predispondo a infecção, até síndrome compartimental. Portanto o tratamento inicial é de grande importância, muitas vezes determinando o resultado final.

6.9.2 Especificação e Quantidade

- Placa ortopédica bloqueada de tíbia distal em aço inoxidável, titânio ou liga de titânio com parafusos; ou

- Parafusos ortopédicos canulados em titânio ou liga de titânio; ou
- Em casos onde ocorram perda cutânea ou inviabilidade cutânea loco-regional poderá ser utilizado fixadores externos híbridos.

6.9.3 Caráter do Procedimento

- Procedimento predominantemente de urgência.

6.9.4 Exames Comprobatórios

- Resultados dos exames que corroborem a indicação da prótese e procedimento solicitado: exame clínico associado a um exame de imagem, com laudo radiológico evidenciando a patologia.

6.9.5 Honorários Admissíveis nas Fraturas do Pilão Tibial-CBHPM

- 3.07.27.13-8 Fraturas de tíbia associada ou não a fíbula (inclui descolamento epifisário) - tratamento cirúrgico.

6.10 Da Autorização para Fraturas do Tornozelo

6.10.1 Bases Técnicas

6.10.1.1 Nos últimos anos, a incidência de fraturas do tornozelo tem crescido entre os pacientes idosos (NILSSON, 2007). Este tipo de fratura normalmente ocorre após um trauma de baixa energia e, por isso, grande parte dos estudos têm associado esta fratura à fragilidade óssea pela osteoporose (SEELEY, 1996; STRAUSS e EGOL, 2007). *Strauss et al.* sugerem que outros fatores como aumento de peso, uso de diversos medicamentos e propensão à quedas podem se constituir indicadores mais importantes que a qualidade óssea.

6.10.1.2 As fraturas do tornozelo podem ser classificadas segundo o método de Lauge- Hansen. Essa classificação é a mais conhecida e baseia-se na posição do pé no momento da lesão e no mecanismo de trauma. Há quatro tipos: supinação-rotação externa, supinação-adução, pronação-rotação externa e pronação-abdução (YDE, 1980). No entanto, a classificação mais utilizada é a preconizada pela fundação AO. As fraturas são divididas em 3 grupos de acordo com a altura do traço de fratura - tipo A (infra-sindesmal), tipo B (trans-sindesmal) e tipo C (supra-sindesmal) (NERY, 2008).

6.10.1.3 As fraturas do tornozelo podem ser tratadas de modo não cirúrgico ou cirúrgico. A indicação para o tratamento com cirurgia se baseia na estabilidade da articulação do tornozelo. Quando há perda da integridade de pelo menos dois elementos estabilizadores do tornozelo, surge a instabilidade segundo o modelo proposto por Tile. Segundo esse autor, há quatro elementos estabilizadores do tornozelo - o ligamento tibiofibular inferior anterior e posterior, o maléolo lateral ou ligamentos laterais e o maléolo medial ou ligamento deltoide.

6.10.2 Especificação e Quantidade

- Placa ortopédica de 1/3 tubular não-bloqueadas (para pacientes não osteoporóticos) e bloqueadas (para pacientes osteoporóticos) em aço inoxidável, titânio ou liga de titânio com parafusos; ou
- Em casos onde ocorram fraturas do maléolo medial, parafusos ortopédicos maleolares em aço, titânio ou liga de titânio e, em alguns casos, poderá ser considerado o parafuso ortopédico canulado em aço, titânio ou liga de titânio.

6.10.3 Caráter do Procedimento

- Procedimento predominantemente de urgência.

6.10.4 Exames Comprobatórios

- Resultados dos exames que corroborem a indicação da prótese e procedimento solicitado: exame clínico associado a um exame de imagem, com laudo radiológico evidenciando a patologia.

6.10.5 Honorários Admissíveis nas Fraturas do Tornozelo-CBHPM

- 3.07.28.12-6 Fraturas e/ou luxações ao nível do tornozelo - tratamento cirúrgico;
- 3.07.28.14-2 Lesões ligamentares agudas ao nível do tornozelo - tratamento cirúrgico.

6.11 Da Autorização para Fraturas do Tálus

6.11.1 Bases Técnicas

6.11.1.1 As fraturas do colo do tálus correspondem a 1% de todas as fraturas do esqueleto, 3% das fraturas do pé e 50% de todas as fraturas do tálus, apresentando-se com grande incidência de lesões associadas.

6.11.1.2 O tratamento incruento da fratura do colo do tálus está indicado nas situações em que não há desvio entre os fragmentos fraturados, sendo realizado com o uso de bota gessada por período médio de 10 semanas. Nas fraturas desviadas, o tratamento cirúrgico busca a redução anatômica dos fragmentos fraturados e a realização de uma osteossíntese interna e estável com compressão entre os fragmentos, de forma semelhante à esperada em todas as fraturas articulares. Desta forma, espera-se evitar o aparecimento de deformidades residuais, devido à consolidação viciosa e o desenvolvimento de artrose pós-traumática, causada por incongruência articular.

6.11.1.3 Apesar do tratamento adequado, altas taxas de complicações podem ser esperadas a médio e longo prazos nos pacientes com fraturas do colo do tálus. Entre as possíveis complicações, destacam-se: a necrose cutânea, a infecção, a consolidação viciosa, a osteonecrose do corpo do tálus e a artrose pós-traumática das articulações do tornozelo e subtalar. Em consequência, o paciente pode desenvolver dor crônica e rigidez articular.

6.11.2 Especificação e Quantidade

- Placa ortopédica de 1/3 tubular não-bloqueadas (para pacientes não osteoporóticos) e bloqueadas (para pacientes osteoporóticos) em aço inoxidável, titânio ou liga de titânio com parafusos; ou

- Em casos onde ocorram fraturas do maléolo medial, parafusos ortopédicos maleolares em aço, titânio ou liga de titânio e, em alguns casos, poderá ser considerado o parafuso ortopédico canulado em aço, titânio ou liga de titânio.

6.11.3 Caráter do Procedimento

- Procedimento predominantemente de urgência.

6.11.4 Exames Comprobatórios

- Resultados dos exames que corroborem a indicação da prótese e procedimento solicitado: exame clínico associado a um exame de imagem, com laudo radiológico evidenciando a patologia.

6.11.5 Honorários Admissíveis nas Fraturas do Tálus-CBHPM

- 3.07.29.15-7 Fratura e/ou luxações do pé (exceto antepé) - tratamento cirúrgico.

6.12 Da Autorização para Fraturas do Calcâneo

6.12.1 Bases Técnicas

6.12.1.1 A redução aberta e a fixação interna é um método clinicamente comprovado para o tratamento da fratura intra-articular do calcâneo. Contudo, devido à cobertura relativamente fraca dos tecidos moles na região do retropé, taxas de complicação muito maiores foram relatadas em comparação com os métodos não cirúrgico e percutâneo.

6.12.1.2 Os Métodos não-cirúrgicos dificilmente podem obter uma boa redução anatômica, e muitas vezes resultam em pseudo-artrose de fraturas, acabando por afetar a capacidade dos pacientes de usar sapatos normais e andar.

6.12.1.3 Portanto, ainda não está claro qual tratamento, cirúrgico ou não-cirúrgico, é melhor para a fratura do calcâneo intra-articular gerando muita controvérsia acadêmica.

6.12.1.4 A cirurgia minimamente invasiva é proposta como um novo método de tratamento para fraturas intra-articulares do calcâneo, combinando as forças dos métodos cirúrgico e não-cirúrgico, evitando os seus inconvenientes.

6.12.2 Especificação e Quantidade

- Placa ortopédica bloqueada especial para calcâneo (placa borboleta) em titânio ou liga de titânio com parafusos; ou

- Parafusos ortopédicos canulados em aço, titânio ou liga de titânio.

6.12.3 Caráter Do Procedimento

- Procedimento predominantemente de urgência.

6.12.4 Exames Comprobatórios

- Resultados dos exames que corroborem a indicação da prótese e procedimento solicitado: exame clínico associado a um exame de imagem, com laudo radiológico evidenciando a patologia.

6.12.5 Honorários Admissíveis Nas Fraturas Do Calcâneo-CBHPM

- 3.07.29.15-7 Fratura e/ou luxações do pé (exceto antepé) - tratamento cirúrgico.

6.13 Da Autorização para Fraturas do Metatarso

6.13.1 Bases Técnicas

6.13.1.1 Fraturas dos ossos metatársicos (MTTs) são causas comuns de dor e incapacidade funcional do membro inferior, especialmente por produzirem sequelas e deformidades importantes. Apesar de sua alta incidência, estas fraturas têm recebido pouca atenção na literatura. As fraturas dos metatársicos representam 3 a 7% de todas as fraturas do corpo e 35% das fraturas do pé e incidem em uma taxa de 75 casos novos por 10.000 pessoas por ano.

6.13.1.2 Podem ocorrer de forma isolada, múltipla ou em combinação com fraturas-luxações da articulação de Lisfranc. A maioria das fraturas dos MTTs resultam de trauma de baixa energia, mas as lesões por alta energia ou esmagamentos têm aumentado sua incidência devido aos acidentes motociclísticos.

6.13.1.3 As fraturas dos MTTs são divididas de acordo com sua localização anatômica em metafisárias proximais, diafisárias, cervicais (colo) e cefálicas (cabeça).

6.13.1.4 As fraturas diafisárias são mais comumente oblíquas, embora possam apresentar-se em padrões mais diversos. São muito importantes em virtude do encurtamento e dos desvios multiaxiais que podem produzir.

6.13.1.5 As fraturas distais (colo e cabeça) são frequentemente transversas ou oblíquas curtas e os desvios, quando ocorrem, predominam nos sentidos plantar e lateral.

6.13.1.6 De acordo com a literatura, as fraturas dos MTTs centrais ocorrem com maior frequência do que as do primeiro MTT e as fraturas múltiplas são mais comuns do que as isoladas.

6.13.1.7 Devido à sua estabilidade intrínseca, essas fraturas têm tendência a não apresentar desvios grosseiros. No entanto, na dependência da intensidade e direção dos vetores traumáticos, os metatarsos centrais podem se deslocar como um conjunto.

6.13.1.8 Em geral, as fraturas dos MTT sem desvios são tratadas conservadoramente. Fraturas com pequenos deslocamentos no plano frontal, sem encurtamento ou angulações, também podem ser tratadas incruentamente.

6.13.1.9 Fraturas com deslocamento no plano sagital podem levar a alterações na distribuição de cargas sob as cabeças metatársicas, resultando em calosidades dolorosas, metatarsalgias mecânicas e à formação de neuromas traumáticos. Shereff recomenda a redução de qualquer fratura com deslocamento com mais de 3 milímetros no plano frontal e angulação maior do que 10 graus no plano sagital.

6.13.1.10 O tratamento cirúrgico consagrado na literatura é a fixação com fios de *Kirschner* de forma retrógrada com exteriorização do fio na região plantar. Devido à alta taxa de complicações relacionadas a este tipo de tratamento, tais como cicatrizes hipertróficas e calosidades dolorosas além das lesões das placas plantares metatarsofalângicas, sugerimos a mudança no sentido da introdução dos fios de *Kirschner* para a forma anterógrada.

6.13.2 Especificação e Quantidade

- Fios de *Kirschner*; ou
- Placa ortopédica do tipo “mini-micro” bloqueada em titânio ou liga de titânio com parafusos; ou
- Em caso de fratura da base do 5º Metatarso (5MT) com desvio do seu ângulo poderá ser utilizado 01 (um) parafusos ortopédicos canulado de pequenos fragmentos em titânio ou liga de titânio.

6.13.3 Caráter do Procedimento

- Procedimento predominantemente de urgência.

6.13.4 Exames Comprobatórios

- Resultados dos exames que corroborem a indicação da prótese e procedimento solicitado: exame clínico associado a um exame de imagem, com laudo radiológico evidenciando a patologia.

6.13.5 Honorários Admissíveis nas Fraturas do Metatarso-CBHPM

- 3.07.29.17-3 Fraturas e/ou luxações do antepé - tratamento cirúrgico (podendo ter quantitativo até 05 (cinco), contados pelas fraturas de metatarsos).